

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1911-1912. — N° 90

LE
NOURRISSON EN TUNISIE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 21 Mars 1912

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Gilbert DURAND

Né le 15 août 1886, à Lagnieu (Ain),

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon,

Interne à l'Hôpital civil Français de Tunis.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

Mars 1912



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1911-1912. — N° 90

LE
NOURRISSON EN TUNISIE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 21 Mars 1912

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Gilbert DURAND

Né le 15 août 1886, à Lagnieu (Ain),

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon,

Interne à l'Hôpital civil Français de Tunis.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

Mars 1912

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

IM. CHAudeau, AUGAGNEUR, MONOYER, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LÉPINE
PIERRET

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD
Clinique ophtalmologique	PONCET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JABOULAY
Clinique des maladies mentales	FABRE
Clinique des maladies des enfants	ROLLET
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS
Physique médicale	LÉPINE (J.).
Chimie médicale et pharmaceutique	WEILL
Chimie organique et Toxicologie	POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ
Anatomie	MOREL
Anatomie générale et Histologie	BEAUVISAGE
Physiologie	GUIART
Pathologie interne	TESTUT
Pathologie et Thérapeutique générales	RENAUT
Anatomie pathologique	MORAT
Médecine opératoire	COLLET
Médecine expérimentale et comparée	LESIEUR
Médecine légale	PAVIOT
Hygiène	POLLOSSON (M.)
Thérapeutique	COURMONT (P.)
Pharmacologie	LACASSAGNE
	COURMONT (J.)
	PIC
	FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS,
Pathologie externe	VALLAS,
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL, agrégé
Propédeutique chirurgicale	BÉRARD, —
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN, —
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND, ag.
Accouchements	COMMANDEUR —
Matière médicale	MOREAU —
Embryologie	REGAUD, —
Anatomie topographique	PATEL —
Botanique	BRETIN —
Chirurgie expérimentale	VILLARD —
Clinique infantile	MOURIQUAND —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
REGAUD	Etienne MARTIN	BRETIN	MOURIQUAND
COMMANDEUR	LAROYENNE	LERICHE	ARLOING (F)
GAYET	VORON	THÉVENOT	GUILLEMARD
NEVEU-LEMAIRE	NOGIER	TAVERNIER	PIÉRY, ch...
PATEL	LATARGET.	CADE	

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. COURMONT (J.), *Président* ; COLLET, *Assesseur* ;
MM. COMMANDEUR et GAYET, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES GRANDS PARENTS

A MES PARENTS

A MON FRÈRE

A MES SŒURS

A MES AMIS

A mon Président de Thèse :

M. LE PROFESSEUR JULES COURMONT

Professeur d'Hygiène à la Faculté,
Membre correspondant de l'Académie de Médecine,
Médecin des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'Honneur.

A MONSIEUR U. BLANC

Secrétaire général du Gouvernement Tunisien.

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J. BRAQUEHAYE

Chirurgien titulaire de l'Hôpital Civil Français de Tunis,
Chevalier de la Légion d'Honneur.

*Hommage de ma reconnaissante et bien vive
affection.*

A MES MAITRES
DANS LES HOPITAUX DE LYON

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ L. BÉRARD, Chirurgien de
l'Hôtel-Dieu.

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ G. GAYET, Chirurgien des
Hôpitaux.

M. LE PROFESSEUR VALLAS, Chirurgien-Major de l'Hôtel-
Dieu.

M. LE PROFESSEUR VILLARD, Chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

M. LE PROFESSEUR ROCHET, Chirurgien-Major de l'Anti-
quaille.

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CADE, Médecin des Hôpitaux.

M. LE DOCTEUR FROMENT, Médecin des Hôpitaux.

A MES MAITRES
A L'HOPITAL CIVIL FRANÇAIS DE TUNIS

M. LE DOCTEUR LEMANSKI, Médecin titulaire de l'Hôpital civil Français ; Officier de l'Instruction Publique.

M. LE DOCTEUR A. POROT, Ex-Chef de Clinique médicale à la Faculté de Lyon ; Médecin titulaire de l'Hôpital civil Français.

M. LE DOCTEUR TRIBAUDEAU, ex-Assistant de l'Hôpital Sadiki ; Chirurgien titulaire, Chef de la Maternité à l'Hôpital civil Français.

INTRODUCTION

Nécessaires dans la métropole, les œuvres d'assistance à l'enfant s'imposent avec plus d'urgence encore dans un pays de colonisation récente où il y a à lutter à la fois contre des préjugés séculaires contre l'ignorance de l'hygiène et contre le dénuement où sont trop souvent plongés les individus isolés qui vont fonder un foyer loin de l'appui matériel et moral du reste de leur famille.

Cette question devait préoccuper le Gouvernement du Protectorat et quelques essais ont déjà été faits pour la résoudre.

M. Blanc, secrétaire général du Gouvernement tunisien, s'est rendu compte de la nécessité d'étendre à l'enfance les mesures d'assistance dont, sous son impulsion, la Tunisie a déjà été dotée dans d'autres domaines. Il a bien voulu nous faire part de ses idées et nous donner de précieux conseils pour lesquels nous tenons à lui adresser nos plus sincères remerciements.

C'est sur l'instigation de notre maître, le professeur agrégé Braquehay, que nous avons entrepris ce travail ; il a bien voulu diriger nos recherches, ne nous ménageant ni son temps, ni ses conseils. Qu'il nous permette de lui adresser ici nos plus affectueux remerciements

pour l'intérêt qu'il nous a témoigné et pour l'enseignement qu'il nous a prodigué depuis bientôt deux ans que nous avons l'honneur d'être son interne.

Nous avons fait appel à la science de bien des personnes. M. le D^r Porot nous a aidé à arrêter notre plan. M. le D^r Lemanski a mis sa bibliothèque et ses travaux à notre disposition. M. le D^r Tribaudeau nous a fait part de ses observations. M. le D^r Conseil, chef du Bureau d'hygiène de la ville, nous a fourni les rapports du Bureau d'hygiène; nous y avons puisé largement.

MM. les D^{rs} Bruch, Scialom, Bouhageb, M. Tullier, directeur des Abattoirs, nous ont fourni de très précieux renseignements. A tous ceux qui nous ont aidé nous exprimons nos remerciements bien sincères.

En Tunisie on connaît assez peu le nourrisson. On sait qu'il naît beaucoup d'enfants, qu'il en meurt beaucoup. Mais jusqu'aux travaux récents du D^r Bruch puis du D^r Conseil qui a fixé par des chiffres la natalité et la mortalité infantiles, rien n'avait été fait sur l'enfant tunisien dans ses premières années. Au point de vue médical, les œuvres d'assistance ne connaissent presque pas le nourrisson. Il existe bien un service d'enfants à l'hôpital français où l'on reçoit quelques nourrissons malades, et quelques œuvres surtout dues à l'initiative privée dans ces dernières années. Mais il ne s'agit que d'un nombre restreint d'enfants secourus. Pourtant, au point de vue utilité sociale, un enfant est-il moins intéressant à secourir qu'un aliéné ou qu'un incurable, souvent même qu'un adulte? Parmi ces derniers beaucoup resteront à charge pour toujours à la société.

L'enfant, au contraire, c'est l'avenir ! Aidons-lui à traverser les passages difficiles de la première enfance où il pourrait sombrer, il reviendra à la société comme un être qui aura toutes chances de devenir un adulte bien constitué, une énergie.

En pays de colonisation, où les bras manquent, n'est-ce point le but même du Protectorat, de peupler. Pour s'enrichir, il faut supprimer toutes dépenses inutiles. Pour peupler, il faut supprimer toutes les pertes évitables d'individus. Or c'est justement chez les nouveaux que ces pertes sont les plus considérables et les plus faciles à éviter.

Nous étudierons dans ce travail le nourrisson en Tunisie :

- 1° Le nourrisson dans sa famille, la morbidité et la mortalité infantiles ;
 - 2° La protection du nourrisson en dehors de la famille ;
 - 3° Les moyens à employer pour lutter contre la mortalité infantile.
-

LE NOURRISSON

EN TUNISIE

CHAPITRE PREMIER

LA FAMILLE ET LE NOURRISSON

En ce pays, carrefour de races des origines et des civilisations les plus opposées, où la plupart des religions ont des adeptes, la conception et la réalisation de la famille puis l'élevage de l'enfant qui y naît sont si différents que nous devons étudier successivement l'enfant et sa famille dans ces différents milieux¹.

Nous envisagerons d'abord la famille du Français et son enfant, puis la famille et l'enfant musulmans, la

¹ Il nous a paru intéressant de donner le chiffre de la population approximative de la Régence répartie en ses différents éléments.

1° En Tunisie :

1.600.000.	Musulmans
50.000.	Israélites
30.000.	Français
70.000.	Italiens
15.000.	Gréco-Maltaï

2° A Tunis il y a 170.000 à 180.000 habitants, recensement de 1906:

Musulmans.	100.000
Israélites tunisiens.	40.000
Français	9.000
Italiens.	12.000
Gréco-Maltaï	6.000

famille et l'enfant israélites, la famille et l'enfant italiens.

A. — CHEZ LES FRANÇAIS

Le Français en Tunisie occupe les situations les plus diverses ; on le retrouve dans toutes les classes de la société.

Haut fonctionnaire, riche colon, commerçant ou industriel, il s'agit là d'une aristocratie peu nombreuse qui ne nous retiendra pas : un tel milieu se suffit à lui-même.

La classe moyenne et la classe pauvre surtout nous arrêteront plus longuement. Sur 30.000 Français en Tunisie, si nous comptons la famille à trois personnes, nous avons un chiffre de 10.000 familles environ.

Sur 10.000 chefs de famille, plus de 3.000 sont fonctionnaires appointés par le Gouvernement. Dans la classe moyenne nous rangerons toutes les familles ayant un budget d'environ 3.000 francs. La plupart des Français de cette catégorie arrivent en Tunisie célibataires, puis se marient. Célibataire, le budget était simple à conduire. Marié, un certain nombre de dépenses fixes viennent grever le budget. Il est équilibré avec peine. Dans cette classe, officiers, fonctionnaires de toutes administrations, petits colons ; certes souvent il s'agit d'une situation de début, de passage, avant d'obtenir un état meilleur, mais ne s'agit-il pas de cette période de la vie où l'homme cherche une compagne, cherche à faire son nid ? S'il sent qu'il doit être gêné par des conditions de vie trop étroites, il

cherchera, il attendra une occasion plus favorable. Au lieu de se marier à vingt-cinq ans, il attend trente ou trente-cinq. Sa situation sera plus assise, il se mariera à trente-cinq ans. Prévoit-il encore quelque gêne pour édifier une famille, il recule et le voilà voué pour toujours au célibat, renonçant à la famille dont il ne connaîtra plus que les méfaits. Il faut remarquer le nombre des célibataires qui est très élevé en Tunisie, dans la classe moyenne.

Mais il est une classe de gens particulièrement intéressants parce qu'ils sont les plus nombreux et puis aussi parce qu'ils se débattent avec les conditions les plus difficiles de l'existence, nous voulons parler du petit fonctionnaire gagnant moins de 3.000 francs et ils sont légion en Tunisie. Ils forment les trois quarts du chiffre total des fonctionnaires : agents de police, facteurs, commis de toutes catégories et de toutes administrations, travaux publics, finances, chemins de fer, postes, douanes, surveillants. La plupart s'installent en Tunisie après leur service militaire. Et alors ils se marient parce qu'il faut bien se marier. A l'homme seul, le budget de 1.000, 1.200 francs suffisait. Marié, il faut un logement plus vaste, et puis le Français a notion du confortable, il l'a vu, il en a presque goûté à la caserne. Il veut un appartement clair et propre. Cela se paie. En Tunisie, la vie est plus chère qu'en France. 400 francs de logement, 500 francs de nourriture, 300 francs d'habillement, nous sommes à 1.200 francs et certains atteignent à peine ce traitement.

La famille du Français installé en Tunisie diffère

beaucoup de celle de la Métropole. La famille du petit fonctionnaire est une famille étroite. Au début, elle comprend les époux, deux personnes, c'est tout. Dans la suite, viendront des enfants, mais il faut reconnaître qu'ils seront souvent à charge.

En France, une famille comprend quatre, cinq personnes, le père, la mère, les grands-parents, oncles, tantes ou cousins ; les relations de famille existent plus ou moins effectives, mais si le père ou la mère vient à manquer, les liens de parenté se resserrent et les absents sont remplacés auprès de l'enfant par un oncle ou une grand'mère. En Tunisie, rien de semblable : le Français est un déraciné, la souche est au pays natal ; il est isolé, loin de tout secours familial. Il doit compter sur lui-même, rien que sur lui-même. Ajoutez à cela l'égoïsme du Français aux colonies, le besoin d'arriver à tout prix, la lutte pour la vie qui est infiniment plus intense, plus âpre qu'en France. Que l'équilibre normal de la famille vienne à se rompre, que le mari tombe malade, d'une maladie longue, d'un accident non imputable au service, il est mis en disponibilité à demi-solde, puis sans traitement. Bref, le pain va manquer et vite il faut que la mère travaille pour assurer le manger à ses enfants. Si c'est la mère qui tombe malade, la situation est pis encore : la mère à l'hôpital, le père au travail, les enfants restent seuls. Il faut les placer, les confier à quelqu'un ; mais à qui et de quelle garde dispose-t-on ?

Ces conditions de vie auront pour résultat une faible natalité chez les Français. Dans la classe pauvre, la femme enceinte seule est bien obligée d'assurer jusqu'au

bout son travail de ménagère. Il en résulte un surmenage fort préjudiciable à la mère et à l'enfant qui va naître.

Le nouveau-né a fait son entrée dans le monde. Lier et panser le cordon, faire la toilette de l'enfant, puis l'emmailloter, c'est affaire de la sage-femme. Une chemise, une petite brassière, un drapeau plié en triangle, la base en ceinture, la pointe ramenée entre les jambes, un lange de molleton remontant sous les épaules et doublé à sa partie inférieure. Des bandes fixent le tout.

L'enfant habillé est porté dans un petit berceau d'osier où il trouve une couche faite d'un matelas de varech ou de paille recouvert d'une toile cirée et d'un drapeau. Une petite couverture recouvre le tout.

L'enfant restera dans son petit moïse ainsi jusqu'à trois ou quatre mois. Mais bien souvent, il n'y a qu'un berceau de fer qui ne coûtera qu'une dépense unique et durera depuis la naissance jusqu'à douze ou treize mois.

La mère, qui a travaillé pendant toute sa grossesse malgré les petits malaises souvent bien pénibles qu'elle a dû supporter en juillet, août, par ces maudits jours de sirocco, arrive au terme plutôt éreintée, amaigrie : ses seins sont flasques, peu gonflés, contiennent peu de lait; et puis, pour avoir du lait, il faudrait manger bien, manger mieux, la famille a justement une charge de plus. C'est un surmenage continuél auquel la femme de santé robuste a peine à résister. Dans la classe pauvre française la bonne nourrice est malheureusement assez rare.

La mère souvent travaillera au dehors ; au début elle s'imposera de revenir pour allaiter son bébé à l'heure prévue, mais peu à peu elle pliera le nourrisson à ses habitudes, à ses besoins. C'est ainsi que l'on voit fréquemment des enfants sevrés à six ou huit mois. Combien d'enfants ainsi sevrés hâtivement ont disparu parce qu'au lieu du sein de leur mère pour leur aider à passer la saison chaude, ils n'ont eu que du lait condensé ou du lait altéré.

D'autres fois la mère, de propos délibéré, n'allaitera pas son enfant, elle le placera en nourrice chez une Sicilienne qui promettra de l'allaiter au sein et lui donnera biberon et toutes sortes d'aliments.

Normalement, dans une famille française, l'enfant est sevré vers un an. Ce n'est que vers le huitième mois que l'on a commencé les panades, les soupes au lait. Le nourrisson d'une mère française reçoit des soins d'hygiène, de propreté, qui font que dans une collectivité d'enfants quelconque, à la Crèche, par exemple, le petit Français se reconnaît aisément. Vêtu proprement, peigné, lavé, il tranche sur les autres enfants non seulement par sa vivacité, mais aussi par tout son extérieur.

Les Français ne paieront qu'un tribut peu élevé à la mortalité infantile ; ce sont surtout les fortes chaleurs qui sont mal supportées par le nourrisson et qui le prédisposent aux affections intestinales.

B. — CHEZ LES MUSULMANS

Les conditions de vie du nouveau-né diffèrent évidemment beaucoup, si nous le considérons à Tunis au sein d'une famille de condition moyenne, ou dans le Bled sous la tente de quelque tribu nomade.

A Tunis, l'arabe de condition moyenne ou pauvre habite une maison type. C'est la maison arabe. Une porte ouvre sur un couloir tortueux et sombre, qui conduit à une cour intérieure, le patio. Par le patio, se desservent, s'aèrent et s'éclairent tous les appartements. Vue de l'extérieur, la maison paraît une prison, elle ne présente guère que quelques étroites ouvertures grillagées et soigneusement fermées par derrière. Il n'y a souvent qu'une seule pièce pour quatre, six personnes. Le même appartement sert de chambre à coucher, de salle à manger, de cuisine. Les mets sont préparés sur des canouns, petit foyer portatif à charbon de bois, où tous les gaz se dégagent dans la pièce. Dans les maisons mieux pourvues, il y a un local prévu pour la cuisine : cuisine, cabinet à la turque, et citerne voisinent dans un même lieu — presque toutes les maisons arabes ont ce dispositif. Dans une telle habitation, mauvais air, pas de lumière, presque toujours eau contaminée.

L'union du mari et de la femme a lieu de façon précoce : dès que le garçon ou la fille ont atteint la puberté, les parents songent à les marier, ainsi les filles sont mariées à douze, treize, quatorze ans, le garçon à quinze, seize ans. D'ailleurs, le mariage n'est valable que si la puberté existe pour les deux conjoints

et si l'union a pu être consommée. Cet âge trop précoce amène l'union de jeunes gens encore enfants, à peine constitués, souvent faibles eux-mêmes. Ne nous étonnons pas que la progéniture à laquelle ils donneront naissance soit si débile et qu'il meure tant d'enfants de faiblesse congénitale. La nouvelle famille ainsi constituée reste sous la dépendance du père. L'aïeul reste comme le chef de famille, comme le patriarche, c'est lui qui intervient, que l'on consultera chaque fois qu'il y aura une décision grave à prendre.

La femme mariée mènera une vie de recluse, dans la dépendance absolue de son mari. Retenue à la maison, elle passera son temps au ménage, elle vivra avec les autres femmes de la maison. Elle désirera vivement avoir des enfants, car elle craint que son mari ne cherche une autre femme.

S'il ne naît pas d'enfant de leur union, le mari cherchera une autre épouse, ce sera la rivale qui recueillera toutes les faveurs. La première cherchera alors à se venger de toutes les façons, parfois elle se vengera cruellement sur les enfants de sa rivale¹.

L'hygiène intime du père et de la mère n'existe pas. Mari et femme n'ont aucune notion de propreté intime et les maladies des organes génitaux ne constituent point pour les Arabes une honte. Le Tunisien déclare sans scrupules à sa femme qu'il est atteint de blennorrhagie ou de syphilis et ne prend en outre aucun soin pour éviter la contamination de celle-ci. Ce qui

¹ BOUHAGEB : *Accouchement et avortement en Tunisie* (Thèse, Bordeaux, 1902).

explique donc facilement le grand nombre de contagions et, par suite, le grand nombre d'ophtalmies que nous rencontrons.

La mère est-elle enceinte, sa vie de far niente de repos, est toute propice à une excellente grossesse. Le repos avant l'accouchement sera réalisé. Au jour venu, la matrone préside à l'arrivée de l'enfant. Dès que le nouveau-né est sorti du sein de sa mère, on se hâte de couper le cordon, parfois avec les dents, chez les bédouins, le plus souvent à l'aide d'un petit couteau neuf.

La section du cordon est faite de façon très irrégulière, parfois très loin. Souvent, on le voit tomber entre les jambes. Quelques fois, au contraire, il est coupé trop près de l'ombilic. Il est lié au fil ordinaire, rouge, si c'est possible. Le cordon est saupoudré d'un mélange d'alun, de henné et de sel. Ces substances sont astringentes et hémostatiques. A la chute du cordon, on place parfois sur la cicatrice une pièce de cinq ou dix centimes pour éviter la hernie ombilicale.

A peine essuyé, l'enfant est sommairement vêtu, mais par contre soigneusement ficelé de la tête aux pieds. La matrone prend l'enfant sur ses genoux, puis trempant l'index de la main droite dans un mélange en parties égales de beurre salé et de miel, elle l'introduit dans l'arrière cavité buccale de l'enfant et l'applique vigoureusement contre le palais dans le but de permettre à l'enfant de pouvoir téter et d'avoir plus tard une voix sonore.

L'opération terminée, l'enfant est couché à côté de sa mère, dans le même lit. Le père couche dans un lit

différent à cause de la séparation qui est complète jusqu'au quarantième jour qui suit l'accouchement.

Dans la pièce tout est hermétiquement clos. Pas un rayon de soleil, pas d'air, ne pénètre dans cette chambre où sont agglomérées les femmes de tous les âges.

Deux fois par jour seulement, l'enfant est changé de linge et, après chaque séance, le pauvre petit est soumis à un reficelage en règle. Au huitième jour, l'enfant subit un lavage complet. Un mélange d'eau tiède et de huit œufs sert à la toilette. L'enfant est ensuite vêtu d'une chemise de couleur éclatante en soie, rarement en batiste, sans manches; la brassière est de même. Un gilet en soie brodé d'or ou d'argent est ensuite passé sur le thorax. Puis l'enfant est enveloppé dans une couche, roulée dans le sens de la longueur, entourant l'abdomen et séparément chacun des deux membres inférieurs. Au niveau du siège, une couche plus fine est placée et repliée sur l'abdomen d'arrière en avant. Une bande sert à ficeler l'enfant. Les bras le long du corps sont maintenus par une bande serrée. Depuis quelques années, à Tunis, on prend l'habitude de laisser les bras libres. La tête enduite d'un corps gras est recouverte d'un petit foulard, puis d'un bonnet; un autre foulard roulé en turban bien serré fixe le tout.

Chez l'Arabe des tribus vivant sous la tente, la mère a une existence bien différente : elle mène une vie physique pénible, attelée à la charrue, travaillant à monter la tente, à moudre le blé, elle n'est point préparée à l'enfantement. Elle est d'ailleurs peu arrêtée par l'accouchement. Après vingt-quatre, quarante-

huit heures, elle reprend ses durs labeurs, son enfant installé dans son dos. Son nouveau-né n'est point vêtu de somptueux habits de soie et d'or comme le citadin : quelques loques de laine bleue nouées autour du thorax et de la ceinture, c'est tout. Quand on demande à la mère pourquoi elle habille si peu son enfant, pourquoi elle l'expose aux intempéries aussi peu vêtu, elle répond : « Je veux que mon enfant soit tout figure » ; elle veut qu'il ait le corps entier habitué à toutes les intempéries comme sa figure le sera.

Dès les premiers mois on pend au cou du nourrisson des amulettes de toutes sortes pour le protéger du mauvais œil. Le bébé ne doit pas être sorti sans en être muni. Le plus souvent, ce sont des fragments de corail rouge, une main de fatma en fer blanc, argent ou or selon la richesse de la famille, un scorpion en métal, une petite carapace de tortue, des coquillages, des fragments de verre bleu et presque toujours un morceau de cordon ombilical de l'enfant.

La mère allaitera toujours elle-même¹. Au sens exact des termes, la mulsumane accomplit cette tâche comme la fourmi ou l'abeille poursuivent leur labeur incessant. Peut-être y a-t-il en cela plus d'instinct que d'intellectualité, qu'importe ; la religion aussi lui en fait une obligation à laquelle elle ne peut se soustraire sans pécher. Les différences qui sont si grandes entre nos religions chrétienne et mulsumane éclatent encore davantage sur ce point spécial de la maternité. Chacun sait que Mahomet a non seulement créé un dogme,

¹ D^r Lemanski, *Psychologie de la Femme musulmane*.

mais encore qu'il a établi des préceptes d'hygiène, de médecine, de morale familiale.

Le verset du Koran enjoint à la Musulmane de nourrir elle-même.

Les mères allaitent leurs enfants deux ans complets si le père veut que le temps soit complet ; la nourriture et le vêtement de la femme regardent l'époux. Il doit l'entretenir comme il convient suivant ses facultés. Les parents ne seront pas contraints de faire pour leurs enfants plus qu'ils ne peuvent ni les tuteurs pour leurs pupilles. Il sera permis à la mère de sevrer son nourrisson du consentement de son mari. Ils peuvent aussi appeler une nourrice, pourvu qu'ils lui paient fidèlement ce qu'ils auront promis.

Craignez le Seigneur, sachez qu'il a l'œil ouvert sur vos actions¹.

Il semble bien que l'obligation religieuse stricte soit la nécessité pour la mère d'allaiter son enfant. Le législateur religieux a été humain, il a compris et tolère des exceptions, mais il en a profité pour affermir l'autorité masculine en subordonnant les décisions à sa volonté.

La durée de deux ans et deux ou trois mois est le temps pendant lequel l'enfant se nourrit d'abord exclusivement de lait. A cette limite il ne peut pas s'en passer entièrement².

En Tunisie, les femmes musulmanes nourrissent. C'est la règle. Pour ce qui est de la durée, beaucoup

¹ Le Coran, chap. 11, la vache, verset 233, traduit de l'arabe tiré des écrivains orientaux les plus estimés par M. Savari, Garnier, Paris.

² In Extraits de Sid. Khalit dans *Archives de thérapeutique d'Hygiène et d'assistance coloniale*, 1910.

suivent les préceptes du Coran : les enfants sont élevés au sein jusqu'à deux ans — quelques-uns sont sevrés plus tôt, c'est l'exception, d'autres, beaucoup plus tard, têtent encore à six ans — c'est un usage exceptionnel, mais qui n'est point très rare. Le second précepte, tiré du Djemaa, ordonnant le lait seul jusqu'à deux ans, n'est jamais suivi. L'alimentation au sein a paru insuffisante aux femmes ; aussi dès les premiers jours on fait prendre à l'enfant une pâte ou laak, mélange de plusieurs épices finement pulvérisées, auxquelles on ajoute du sucre en poudre et que l'on délaie dans l'huile d'olive. Cette pâte est donnée pure du septième au vingtième jour. Du vingt-deuxième jour au quatrième mois on ajoute à cette pâte des pistaches pulvérisées.

La mère est une excellente nourrice, ses seins sont bien conformés. L'allaitement étant très prolongé, les seins deviennent volumineux, le mamelon très développé. C'est ainsi que la bédouine peut fréquemment allaiter l'enfant qu'elle porte dans son dos sans le déplacer. Elle lui passe son sein par dessus son épaule. La mère musulmane ne se sépare pas de son enfant, le plus souvent elle le tiendra dans ses bras ou le couchera près d'elle dans son propre lit. Aucune règle dans les tétées, le plus possible, mais surtout si l'enfant crie, c'est pour elle une indication formelle à lui donner le sein.

Parfois le lait de la mère diminue, car malheureusement la misère est fréquente chez l'arabe. La mère n'a pas de quoi manger, parfois elle prendra seulement un peu d'huile d'olive, un piment, une galette, maigre pature pour une nourrice.

D'autres fois, la mère conserve le régime commun de la famille mangeant fell-fell, cousscouss, épices de toutes sortes. Le nourrisson s'en ressent, il prend des coliques, de la diarrhée. Pourtant il est bien connu chez les musulmans que la mère ne doit pas manger de tous ces mets épicés. Il est même dans la cuisine arabe certain « mesfouf », espèce de cousscouss, sucré spécialement préparé à l'intention des nourrices. C'est un mets délicieux qui possède en plus des vertus galactogènes renommées.

Quoi qu'il en soit, l'enfant, pour sa mère, est toujours hypoalimenté. C'est en obéissant à cette idée que l'on voit l'enfant de quelques jours ou de quelques mois prendre chaque jour, en plus du sein maternel, une ration de lait de chèvre; que vers quatre ou cinq mois l'enfant goûte de tous les mets de la table des parents. Et quels mets ! La sauce au piment rouge pétrie à l'huile, qui fait crispier notre palais, comment est-elle supportée par le tube digestif d'un enfant de quelques mois ?

La mère est une excellente mère. Jamais elle ne songera à la possibilité de ne pas nourrir elle-même son enfant; malheureusement, elle vit du passé, des traditions, des habitudes qu'elles a connues et elle les suit servilement. Elle aime son nourrisson d'un amour instinctif, irraisonné. Son enfant est-il malade, a-t-il un abcès à ouvrir, on n'arrivera pas à la persuader que cette opération est nécessaire. Son enfant doit souffrir, elle s'y refusera de la façon la plus absolue. S'agit-il d'un abcès du sein chez la mère, il est parfois impossible de lui faire suspendre l'allaitement. C'est

un amour aveugle, infini, un amour de lionne pour ses petits. Quand on la voit passer des nuits entières sans sommeil, assise à la turque soutenant sur ses genoux le corps d'un bébé gémissant, ou comprend toute la force instinctive de sa tendresse. Assise, les jambes croisées sur le lit au fond de l'alcôve, elle surveille le petit malade, lui donne à boire, lui administre les potions aux heures réglées, à la condition que le nourrisson veuille bien les prendre, le couvre d'amulettes bizarres, lui prodigue tous les soins prescrits et ceux auxquels son esprit inquiet et superstitieux s'ingéniera.

La question de la vaccination des nouveau-nés a une importance capitale en ce pays où la variole existe à l'état endémique et où l'enfance lui payait naguère encore un lourd tribut de mortalité. L'Arabe, bien que convaincu actuellement de l'efficacité de la vaccine, montre peu d'empressement à se faire vacciner. Si on vient chez lui le vacciner, il accepte volontiers, mais le décider à venir de lui-même et amener ses enfants, ses femmes, cela n'est point encore dans ses mœurs. La lutte contre la variole a fait l'objet de toute la sollicitude des médecins et du Gouvernement.

A Tunis, un service de vaccine au Bureau d'hygiène fonctionne gratuitement tous les jours. Bien plus, aucun nouveau-né ne peut échapper à la vaccination. Six mois après la déclaration d'une naissance, la sage-femme municipale du quartier se rend au domicile des parents et vaccine l'enfant ; en même temps, elle remet le bulletin de naissance à la famille.

Avant l'occupation, bien rares étaient les familles dont les enfants étaient vaccinés. Actuellement, le ser-

vice de la vaccination a été répandu dans toute la Tunisie. La création des médecins de colonisation n'a pas peu contribué à répandre la vaccine. A la campagne, cette question de la vaccination présente de réelles difficultés par suite de l'impossibilité de pénétrer dans les intérieurs et du peu de sédentarité des indigènes¹.

Dans un caïdat où j'ai passé quelques jours, j'ai appris que dans le courant d'une année, 5.731 vaccinations, dont 1.311 sur des femmes, avaient été pratiquées en 1911. Dans les principaux centres, des femmes, choisies par les cheiks parmi les plus intelligentes, étaient instruites sur la façon de vacciner, puis on leur remettait un petit nécessaire et elles vaccinaient sous le contrôle du médecin.

Les Femmes de France de même, sous la direction des médecins municipaux, ont effectué des milliers de vaccinations dans les environs de Tunis et de Sousse, pénétrant partout, vaccinant toutes les personnes. De tels efforts doivent être couronnés de succès.

Néanmoins, à Tunis, la variolisation est encore pratiquée. Certains toubibs la font toujours. Ils déclarent que l'immunité qu'elle confère est bien supérieure à celle de la vaccine et ils vous donnent la variole pour vous en préserver. Sur de petites scarifications, le plus souvent faites au niveau du poignet, le thoubib inocule du pus des croûtes varioliques — parfois — l'inflammation toujours grave reste locale, parfois on assiste à une variole généralisée. Nombreux sont les enfants

¹ Je dois ces renseignements à l'obligeance de M. Tahar Ladjimi, caïd de Monastir.

qui succombent à la variolisation qui devait les préserver. L'épidémie de variole de 1909 n'aurait eu, paraît-il, pas d'autre étiologie.

Bien entendu, le Gouvernement a interdit de telles pratiques et poursuivi les praticiens indigènes qui se livrent à la variolisation.

C. — CHEZ LES ISRAÉLITES

Dans le monde israélite tunisien, il faut bien distinguer les milieux évolués et les milieux non évolués vivant encore complètement à la façon indigène. Dans les premiers, père et mère sont instruits, parlent et connaissent le français ou l'italien, ils ont voyagé, connaissent nos mœurs européennes. Lors de l'accouchement, on fera appel au médecin, à la sage-femme, l'élevage de l'enfant sera conduit médicalement, mais un tel milieu parfaitement évolué est encore l'exception bien qu'on le rencontre plus fréquemment de jour en jour. Il s'agit là d'une classe aisée et nous nous occuperons surtout de la classe pauvre de l'Israélite indigène.

Aucun confort dans la classe pauvre israélite, c'est la misère noire. Il faut voir dans la Hara tout ce peuple sordide qui grouille, affairé, ou se rue aux distributions de la Société de bienfaisance israélite, pour se rendre compte de la misère de tout ce monde. Certes, on a peine à concilier les qualités d'activité de travail, d'apti-

¹ Tout ces renseignements nous ont été fournis par le Dr Scialom qui se dévoue déjà depuis de nombreuses années à la cause de l'assistance aux israélites. Nous tenons à lui exprimer tous nos remerciements.

tude au gain qu'a tout Juif avec sa misère réelle. Est-ce parce qu'ils se lancent tous dans la même branche, tous dans le même commerce et se font une concurrence qui les tue. Est-ce leur multiplication qui rend les conditions de vie difficile. Il est un fait, c'est que la grande majorité du peuple israélite tunisien est malheureux, miséreux. Dans une famille de quatre ou cinq enfants en moyenne, le père gagne souvent deux, trois francs par jour, parfois même, un franc.

Les conditions d'hygiène dans lesquelles tout ce monde s'agite sont lamentables. Ils vivent par famille de vingt à trente. Un ancêtre commun en est le chef comme le patriarche. Au-dessous de lui toute la famille, hommes, femmes, enfants, petits-enfants. Ils sont logés le plus souvent dans une maison indigène à patio central, entassés par groupes dans des appartements sombres. Ils sont là huit, dix, dans la même chambre. Tous les lits se touchent et l'on couche deux, trois par lit, par terre, sur des matelas. Des couvertures et un drap dans une caisse, c'est un lit de nourrisson. Souvent les enfants mariés vivent à part, dans un logement différent de leurs parents. Les liens de famille n'en sont pas moins étroits : le moindre incident de famille, fête ou deuil, toute la famille se réunit autour de l'aïeul. Traqué de partout, exploité, pressuré par tous les peuples, l'israélite a trouvé son vrai bonheur dans la famille, aussi il s'y concentre et le concept de la famille n'existe peut-être nulle part aussi fortement réalisé.

L'homme s'en va aux affaires, la mère reste avec ses enfants. L'enfant traîne par terre dans le patio, à la

cuisine où il suit sa mère, s'amuse dans la poussière, avec un objet qu'il a trouvé, morceau de bois ou de charbon.

Le père a une suprématie marquée sur sa femme, mais moindre que chez l'arabe. Le père est le chef de la famille, il est très attaché à ses enfants, particulièrement aux garçons. Il acceptera tous les sacrifices pour ses fils. Dès qu'un enfant est malade, l'argent ne compte plus pour un Israélite : il est prêt à sacrifier toute sa fortune s'il doit sauver son enfant. On le voit bien quand un bébé, étant jugé condamné par le médecin de la famille, le père en appelle à une consultation de huit ou dix praticiens des plus notables.

La mère est l'idéal d'une mère. Jeune fille élevée sans aucune instruction, elle n'a guère vécu qu'à l'intérieur de la maison, travaillant au ménage ou à la cuisine, ou soignant ses frères et sœurs. La religion hébraïque a été simplifiée pour elle ; le Talmud lui prescrit seulement trois choses : de vivre avec son mari ; d'élever ses enfants dans la loi mosaïque et d'appliquer le samedi. A part ça, elle sait que pour un bon israélite, tout doit être « caché » cela lui suffit. Avant l'occupation, à quatorze ans, actuellement à seize ou dix-huit ans, on la marie et son rôle de mère va commencer. Menant une vie d'intérieur toute reposante, la mère arrive au terme de sa grossesse dans les meilleures conditions qui puissent être, elle réalise le repos avant l'accouchement, si propice à la santé des enfants.

A la naissance de l'enfant, la mère est assistée d'une sage-femme, plutôt d'une matrone. L'enfant est reçu,

le cordon est lié avec une ficelle, généralement un fil blanc — mais on prendra ce qui se trouve à portée à défaut de fil blanc ; un des fils de la chéchia du père sert à lier le cordon à 15-20 centimètres de l'ombilic, souvent on le voit pendre entre les jambes. L'enfant est lavé, puis on l'emmaillotte. Une petite chemise ouverte en avant, une brassière sans manches, souvent en soie, une couche. Une bande de coton de 10 à 15 centimètres de large enroule l'enfant et prend les bras le plus souvent.

Le berceau qui reçoit l'enfant est le berceau de fer classique, surtout à Tunis, mais très souvent l'enfant couche avec sa mère qui a le grand lit. Le père fait lit à part à cause des périodes menstruelles où la séparation est complète entre le mari et la femme, de par la prescription de Talmud.

Au huitième jour, l'enfant prend un grand bain savonneux à l'eau chaude, ce sera le premier temps de la désinfection préopératoire de la circoncision. Dans la famille c'est une grande fête, tous y assistent, le grand-père préside. Le Talmud prescrit la circoncision au huitième jour, mais il prévoit des contre-indications. En cas de faiblesse générale, muguet, la circoncision est remise et le médecin reste seul juge de la fixer au moment qu'il jugera à propos.

Un Israélite quelconque peut accomplir la circoncision : habituellement c'est un professionnel, le mohel. Comme instruments, le mohel possède une lame de métal avec une échancrure allongée où l'on peut glisser le prépuce — c'est la partie plane et échancrée de notre sonde cannelée — et un bistouri pliant, court,

trapu et tranchant bien. Les instruments sont en argent et le plus souvent finement ciselés et ornementés comme il en existe au Musée du Bardo. L'enfant est vêtu de ses habits de fête et tenu dans les bras de son parrain, toujours l'aïeul pour le premier enfant mâle, qui portera le nom de son grand-père. Le prépuce est introduit dans l'échancrure de la lame de métal qui maintient le gland au-dessous et le protège. D'un coup de canif, le prépuce est sectionné obliquement et en un clin d'œil, la peau s'étant rétractée, le mohel éverse la muqueuse et la déchire avec ses ongles. Puis il se remplit la bouche d'eau-de-vie, s'en gargarise et asperge la section prépucciale, il pratique alors la succion buccale directe, ou par l'intermédiaire d'un tube de verre.

Un pansement est fait avec de la gaze sèche, renouvelé aussi souvent qu'il est nécessaire en se servant de vin rouge bouilli pour décoller les compresses. Au troisième jour, le plus souvent, la cicatrisation est complète, on l'observe parfois au deuxième jour, en vingt-quatre heures.

Les résultats sont très esthétiques; sur des sujets de vingt à vingt-cinq ans, le résultat est parfait. Le mohel est un adroit opérateur, habile de ses doigts et de ses ongles, qu'il conserve longs tout exprès. Parfois, un petit repli au niveau du frein, le mohel a eu peur de l'artère du frein.

Quelques accidents s'observent exceptionnellement : lymphangite, suppuration, hémorragie.

A Tunis, les mohelim se lavent les mains avant l'opération, souvent un médecin y assiste; la succion

est faite souvent à travers un tube de verre intermédiaire entre la bouche et le prépuce. Le pansement est fait à la gaze avec des poudres antiseptiques, iodol, dematol, iodoforme. Mais le Talmud est formel, il prescrit la succion buccale et la déchirure avec les ongles. En France, la succion buccale et la déchirure avec les ongles ont été supprimées par décision du Grand Rabbinat. En Tunisie, rien de semblable : les textes religieux sont encore appliqués à la lettre.

L'allaitement maternel est de rigueur ; la mère israélite est une excellente nourrice. Engraissée en vue du mariage, la beauté se mesurant au poids, elle aura des seins volumineux bien conformés, contenant du lait en abondance. L'enfant ne quitte pas sa mère ; toute la journée elle le tiendra dans ses bras, lui donnant le sein dès qu'il criera. Son idéal c'est d'avoir un enfant gros, potelé, tout comme elle rêvait d'être étant jeune fille. Elle a toujours peur de ne pas le nourrir assez. Aussi, dès un ou deux mois, on donne à l'enfant du lait de vache, lait de chèvre, phosphatine, lait Nestlé. On lui donne tout ce qu'une voisine aura recommandé. Si l'enfant tombe malade à ce régime, la mère est aux abois, elle ne quitte plus son enfant, le tient dans ses bras jour et nuit, veut voir dix médecins, les presse tous de questions inquiètes. C'est une tendresse maladive pour ses enfants, une affection exagérée qui l'unit à lui ; s'il tousse, elle le croira tuberculeux, s'il souffre du ventre, ce sera une affection très grave dont elle a entendu parler, toujours elle verra les choses au pis. Une mère israélite, au théâtre, pendant un entr'acte,

s'en ira voir ses enfants pour savoir s'ils dorment, s'ils ne sont pas malades.

La nourrice est excellente mais, parfois, surtout dans ces dernières années, dans les milieux évolués où elle prend l'habitude de sortir, elle craint de nuire à sa santé ou de vieillir par l'allaitement trop prolongé. C'est bien là l'exception, l'allaitement maternel est continué jusqu'à un an en moyenne, à dix-huit mois souvent, parfois presque jusqu'à deux ans.

L'alimentation mixte est commencée très tôt, avec lait de vache, lait de chèvre, lait Nestlé, phosphatine, eau d'orge, eau de riz, bouillon de poulet, tapioca; quelquefois, quelques bouchées à table. La mère israélite commettra des fautes dans l'alimentation de son nourrisson, mais très peureuse, à la moindre alerte elle appellera le médecin et la faute sera corrigée.

L'allaitement mercenaire est rare. Le sevrage est trop souvent brusque, on fait goûter à l'enfant de tous les aliments pour le faciliter. Quand on donne à l'enfant, pour les premières fois, une alimentation solide, la mère lui prépare la becquée. Elle prépare dans sa bouche un petit bol alimentaire de volume voulu. Les aliments sont ainsi broyés, pétris, imbibés de salive et de ferments digestifs maternels. Le jeune enfant qui a une dentition imparfaite, n'aura qu'à déglutir. C'est évidemment parfait. Au point de vue hygiénique, il faut cependant faire quelques réserves sur de telles pratiques. La salive n'est pas toujours dénuée de toute virulence par le fait de la carie dentaire, de la tuberculose, de la syphilis, d'ailleurs fort rare chez les Israélites.

La vaccination est faite généralement après le quarantième jour, souvent par la matrone, mais actuellement, de plus en plus, on tend à la faire opérer par le médecin de la famille. La vaccination est obligatoire et les Israélites s'y prêtent avec empressement. Elle est pratiquée comme chez nous avec de la pulpe glycinée. La variolisation n'existe pas en milieu israélite. Il existe des séances de vaccination gratuite à la Société de bienfaisance israélite, à domicile, par les Dames de Charité israélites, à la Municipalité.

Chez le nouveau-né israélite, les affections les plus fréquemment observées sont celles du tube digestif, entérite et gastro-entérite, le rachitisme, l'hydrocéphalie, les adénites suppurées, les hernies inguinales-ombilicales. Les affections cutanées sont très répandues : la tuberculose, la syphilis, l'ophtalmie purulente se voient très rarement chez l'enfant israélite.

D. — CHEZ LES ITALIENS

Les Italiens sont très nombreux en Tunisie, environ 70.000, en majorité siciliens. Si nous comptons la famille italienne à six personnes (père, mère et quatre enfants) nous arrivons au chiffre de 12.000 chefs de famille environ. Sur ce chiffre une très faible fraction forme une classe aisée. Le restant est une classe assez homogène, la classe pauvre italienne, classe de travailleurs, d'ouvriers, maçons, terrassiers, manœuvres. C'est la famille de cet ouvrier que nous aurons surtout en vue. Les italiens à Tunis habitent dans la ville arabe,

dans des maisons indigènes qu'ils louent à bas prix, ou bien dans les bas quartiers de la ville, quartiers conquis récemment sur les marécages avoisinant le lac.

Dans les quartiers du Port dénommés Petite-Sicile, Petite-Calabre, ils vivent dans des maisons basses, ne comprenant qu'un rez-de-chaussée. Chaque famille a une ou deux pièces, de larges rues tracées par la Municipalité permettent l'accès de l'air et de la lumière dans toutes ces maisons. Peut-être faut-il reprocher au sol de ces quartiers d'être un peu neuf, de n'être qu'une vase, encore toute humide. La ville est en train de construire des égouts dans ces quartiers, d'assécher les lagunes qui se forment pendant les pluies et la Petite-Sicile sera un quartier populeux assaini. Ce qu'il faut reprocher à ces habitations ouvrières, là comme partout, c'est la densité des habitants : dans une maison de deux pièces, il n'est point rare de trouver huit ou dix personnes, parfois trois, quatre couchant dans le même lit.

Dans la ville arabe, l'Italien pauvre prend une pièce dans une maison indigène, et ainsi, dans une même maison donnant sur le même patio, trois, quatre familles, quinze ou vingt enfants. Tous les logements se desservent par cette cour commune où tous les gamins joueront ensemble.

A ces logements indigènes il faut reprocher le peu de clarté, le peu d'air, puis surtout la densité des habitants. Les Italiens s'empilent dans ces maisons de façon étonnante. Il le faut bien : le père gagne deux, trois francs, par jour, et il doit nourrir une femme et souvent quatre ou cinq enfants. Qu'arrive-t-il ? C'est que

souvent la femme est obligée de travailler de son côté, elle cherchera à nourrir un enfant quitte à donner le biberon à son bébé, ou sein et biberon. Ou bien encore elle ira à domicile faire des ménages.

Le jeune homme italien se marie à dix-huit, vingt ans. la jeune fille vers quinze, seize ans. Le nombre des enfants est fort variable dans la famille, mais trois à cinq en moyenne, souvent plus ; les familles ayant six enfants ne sont point rares.

Lors de l'accouchement, la mère est assistée d'une sage-femme. Les premiers soins et l'habillement s'écartent fort peu de l'enfant français.

Le nouveau-né est rarement couché dans un berceau ; dans les familles pauvres un matériel de couchage simple est réalisé par une toile de sac dont on fait un hamac. On attache le sac par ses deux extrémités avec une corde qui va se fixer au mur. Dans ce hamac on place une peau de mouton et un drapeau. puis l'enfant enveloppé d'une couverture.

Le hamac est tendu perpendiculaire à l'axe du lit des parents ; avec une ficelle on peut balancer l'enfant, sans bouger du lit. A défaut de berceau, très souvent l'enfant est couché avec ses parents : les cas d'asphyxie d'enfant par ce mécanisme sont fréquents.

L'allaitement maternel est presque toujours réalisé. les mères italiennes sont excellentes nourrices, elles fournissent presque toutes les nourrices mercenaires de Tunisie. La Toscane est particulièrement réputée. Aucune règle pour l'allaitement. Il est d'habitude que, dès les premiers mois, la mère donne du lait de chèvre ou de vache à son nourrisson. Le lait condensé

est très employé comme complément du lait maternel. L'usage s'en répand de plus en plus. Le biberon est fréquemment employé, souvent on rencontre le biberon à tube; la vente n'en est pas encore interdite en Tunisie; dès trois mois on commence à faire à l'enfant des panades, des soupes de pâtes et rapidement le nourrisson partagera la nourriture de la mère. Cette alimentation est peut-être moins nocive que celle que l'on donne au nourrisson arabe, il s'agit surtout de féculents : purée, farineux, poissons, pâtes, légumes crus.

Il n'est point rare de voir un enfant d'un an manger carotte ou tomates crues que lui a données sa mère.

L'alimentation maternelle est continuée jusqu'à seize, dix-huit mois, les femmes qui sèvent leur enfant à un an sont l'exception.

L'hérédo-syphilis est rare, le rachitisme, les affections du tube digestif sont très fréquentes, les maladies contagieuses même dans la première enfance causent une mortalité importante. Il faut avouer qu'à l'égard des maladies épidémiques, les italiens se conduisent pis que des enfants.

En août dernier nous fûmes appelés rue du Caire. Au numéro indiqué nous trouvons une concierge sicilienne qui se met en devoir de nous conduire, un enfant de quelques mois sur les bras, un moutard de quatre ans à ses trousses. Nous montons un étage; là dans une chambre nous trouvons une petite fille de dix ans, couchée. C'est la malade. Son corps est couvert d'une éruption généralisée rouge grenat, elle a souffert de la gorge, ses amygdales sont énormes, douloureuses, c'est

une scarlatine typique. Mais en nous retournant, c'est une dizaine de bambins en chemise, ou pieds nus, de la famille ou des familles voisines, sans compter le nourrisson de la concierge et le marmot qui a suivi sa mère. Tout le monde est accouru à la nouvelle du Signor Dottore. Nous disons à la mère qu'il s'agit d'une affection contagieuse, que le plus simple est d'envoyer sa fille à l'hôpital, sans quoi la contagion a grand chance d'atteindre ses autres enfants, ou les enfants des familles voisines. Il n'est pas question d'isolement dans ce milieu. C'est alors une grande crise de larmes, tout le monde pleure, crie, et se précipite sur la petite scarlatineuse et l'embrasse.

Que penser encore de cette coutume funéraire : quand un enfant italien est décédé, on l'expose jusqu'au moment des funérailles et tous les amis de la famille et leurs enfants viennent embrasser le visage du décédé. Ceci se passait tout aussi bien quand l'enfant était mort de variole ou de rougeole. Actuellement, ces faits out à peu près disparu ; il y a quelques années encore c'était la coutume à Tunis.

NATALITÉ. — MORTALITÉ. — MORBIDITÉ

Jusqu'en 1909, aucun résultat précis n'avait pu être recueilli sur la natalité des musulmans et des israélites tunisiens. L'état civil n'existait pas. Les résultats donnés ne sont peut-être pas absolument exacts pour

1909. Pour 1910 ils ont été contrôlés et semblent certains. Quelques chiffres, cependant, restent sujets à caution : ceux des Italiens et des Anglo-Maltaïes. En 1909, le Consulat d'Italie enregistrait 572 naissances, le diocèse 1978, c'est dire que tous les nouveau-nés ne sont pas déclarés au Consulat, il s'en faut. De même, pour les Anglo-Maltaïes, les chiffres relevés à la municipalité ne représentent qu'un chiffre inférieur de la réalité.

Natalité. — Sous ces réserves, l'étude de la natalité, à Tunis, donne les renseignements suivants. Nous empruntons au rapport du chef du Bureau d'Hygiène (Conseil, 1909-1910), ces documents :

NATIONALITÉ —	En 1909		En 1910	
	Nais- sances	Natalité pour 1.000 habitants	Nais- sances	Natalité pour 1.000 habitants
Français	283	23,5	301	26,1
Musulmans	2.196	19,9	2 569	23,3
Israélites tunisiens .	819	40,9	915	36,6
Italiens	1.100	47,9	1.500	50,0

La natalité moyenne, 27,4 pour 1.000 habitants, est supérieure à celle de la moyenne des villes de France (Paris, 20,3), mais bien inférieure à celle d'Alexandrie, 37,7.

Pour étudier la mortalité infantile, nous envisagerons la mortinatalité, puis la mortalité de 0 à 1 an, puis la mortalité de 1 à 2 ans.

Mortinatalité.

NATIONALITÉ	En 1909, 390 mort-nés		En 1910, 377 mort-nés	
	Décès mort-nés	Pour 1.000 naissances vivantes	Décès mort-nés	Pour 1.000 naissances vivantes
Français	34	84	30	95
Musulmans . . .	182	83	207	80
Israélites	58	70	40	43
Italiens	107	91	85	67
Anglo-Maltaï . .	15	»	15	136

La mortinatalité est très élevée dans toutes les classes de la population tunisienne (en France, 55 pour 1.000 ; en Tunisie, 84,2 pour 1.000).

Mortalité de 0 à 1 an. — L'année 1909 nous donne comme chiffre de mortalité au-dessous d'un an :

NATIONALITÉ	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre	TOTAUX
Français	6	4	5	4	3	6	11	6	9	2	6	4	66
Musulmans	54	58	43	34	30	42	63	32	41	30	32	46	505
Israélites	15	8	6	13	8	11	18	9	9	4	12	13	126
Italiens	20	17	20	13	16	13	29	26	23	18	14	15	224
Anglo-Maltaï . . .	2	2	1	»	»	1	5	3	2	4	1	4	25
TOTAUX	97	89	75	64	57	73	126	76	84	58	65	82	946

ce qui peut se traduire :

NATIONALITÉ	Décès au-des- sous d'1 an	Pour 1.000 habitants	Pour 1.000 décès	Pour 1.000 naissances
Français	66	5,5	207	233
Musulmans	505	4,6	179	229
Israélites tunisiens .	126	6,3	275	153
Italiens	224	9,7	291	203
Anglo-Maltaï . . .	25	4,1	181	»
TOTAUX	949	5,5	209	213

L'année 1910 donne les renseignements suivants au-dessous d'un an :

Année 1910. — De 0 à 1 an.

NATIONALITÉ	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre	TOTAUX
Français	5	5	3	5	7	8	4	2	4	9	9	7	68
Musulmans	38	45	40	39	46	47	72	48	46	73	64	69	627
Israélites	17	18	15	9	9	17	17	9	14	14	15	9	163
Italiens	23	14	12	18	32	27	35	38	26	25	33	38	321
Anglo-Maltais.	2	1	2	3	4	3	1	5	1	2	4	3	31
Autres.	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	1	1	3
TOTAUX.	85	83	72	74	98	102	130	102	91	123	126	127	1213

ou bien :

NATIONALITÉ	Décès au-dessous d'un an	Pour 1000 habitants	Pour 1.000 décès	Pour 1.000 naissances
Français. . .	68	5,6	192	216
Musulmans. .	627	5,7	183	244
Israélites . .	163	6,5	282	177
Italiens . . .	321	10,6	301	214
Anglo-Maltais.	34	4,8	209	»
TOTAUX. . .	<u>1.213</u>	<u>6,6</u>	<u>217</u>	<u>220</u>

Tunis peut être classée parmi les villes où la mortalité du premier âge est peu élevée : 217 pour 1.000 décès généraux (Bruxelles, 168 décès au-dessous de un an pour 1.000 décès généraux. Rouen, 228 pour 1.000 naissances).

Par rapport à la population, les Italiens ont la mortalité du premier âge la plus élevée (10,6 pour 1.000) et les Français la plus faible. Ce fait concorde avec la

natalité élevée des Italiens et la faible natalité des Français.

Par rapport aux décès généraux, israélites et Italiens ont les chiffres les plus élevés. Ce fait concorde avec le chiffre élevé des naissances israélites et italiennes. Cependant, par rapport aux naissances, ce sont les Israélites qui ont le moins grand nombre de décès au-dessous d'un an. Les Israélites perdent donc beaucoup moins de leurs enfants nouveau-nés, 177 pour 1.000, que les Musulmans, 244 pour 1.000 et les Européens, 216 et 214 pour 1.000.

Mortalité de 1 à 2 ans. — L'examen de la mortalité de 1 à 2 ans nous donne les renseignements suivants :

En 1909

MOIS	Français	Musulmans	Israélites	Italiens	Anglo-Maltaïes	Totaux
Janvier . .	0	20	1	8	»	29
Février . .	1	19	9	5	1	34
Mars . . .	2	18	1	0	»	21
Avril . . .	3	13	1	11	1	28
Mai. . . .	1	6	4	14	»	25
Juin . . .	2	13	6	11	»	36
Juillet. . .	0	29	4	7	»	40
Août . . .	2	25	2	12	»	41
Septembre .	0	29	3	11	1	43
Octobre . .	6	35	6	17	»	54
Novembre .	2	19	2	7	»	30
Décembre .	2	30	4	17	»	63
TOTAL. .	21	256	41	120	3	441

En 1910

MOIS	Français	Musul- mans	Israélites	Italiens	Anglo- Maltais	Totaux
Janvier . .	1	32	2	8	1	44
Février . .	»	15	6	5	1	27
Mars . . .	1	24	8	1	»	34
Avril . . .	3	22	9	14	2	50
Mai. . . .	3	31	12	25	2	73
Juin	2	37	17	22	1	79
Juillet. . .	1	40	8	17	4	70
Août	1	26	7	13	2	49
Septembre .	1	21	6	9	»	37
Octobre . .	6	35	8	17	»	66
Novembre .	5	30	5	12	2	54
Décembre .	3	23	6	13	1	46
TOTAL. . .	27	356	84	156	16	629

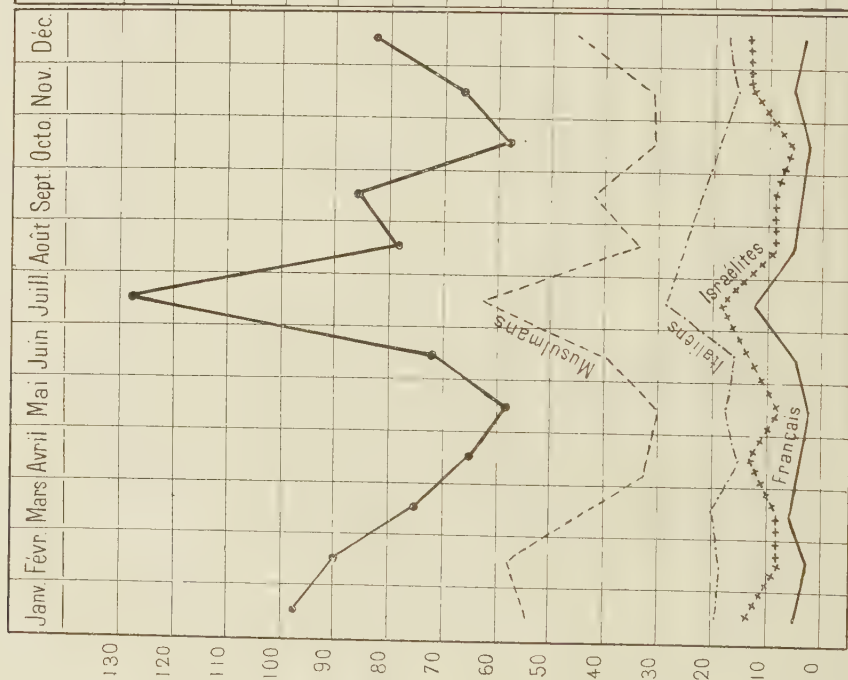
Que nous pouvons traduire :

NATIONALITÉ	DÉCÈS DE 1 à 2 ans		Pour 1000 Habitants		Pour 1000 Décès		Pour 1000 Naissances vivantes	
	1909	1910	1909	1910	1909	1910	1909	1910
Français.	22	27	1,83	3	69,1	76,4	78,5	90
Musulmans	259	336	2,35	3,36	127	98,2	117,7	130
Israélites	43	94	2,15	2,35	94	164	52,4	102
Italiens	110	159	4,77	3,25	143	149	100	106
Anglo-Maltais. . .	3	24	0,5	4,9	22	183	500	133

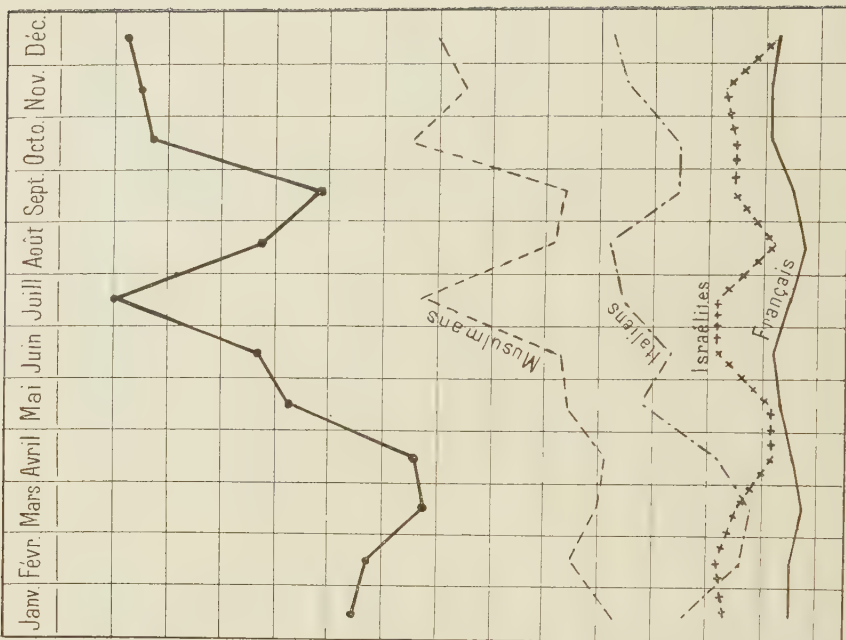
Pour nous résumer, nous reproduirons les graphiques de la mortalité infantile du Dr Conseil, de 0 à 1 an, et tracerons celui de 1 à 2 ans.

MORTALITÉ DE 0 A 1 AN

1909

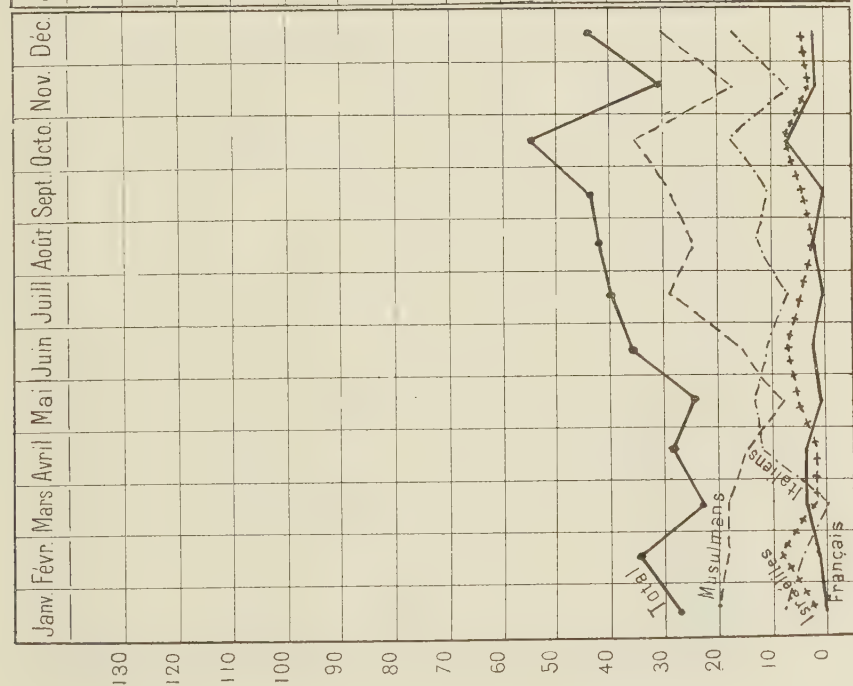


1910

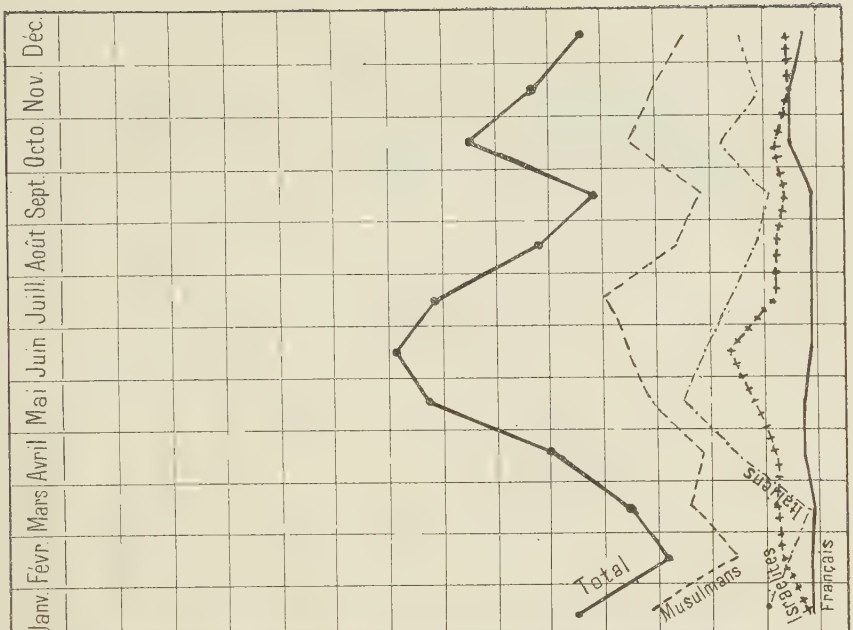


MORTALITÉ DE 1 A 2 ANS

1909



1910



Morbidité. — Si nous recherchons les causes de la mortalité infantile de 0 à 2 ans, dans les bulletins de décès, nous trouvons comme diagnostic.

En 1909 :

Débilité congénitale	325
Gastro-entérite	408
Broncho-pneumonie	48
Bronchite	73
Rougeole	10
Coqueluche	13
Méningite	8
Variole	8
Autres affections	43

En 1910 :

CAUSES	Français	Musulmans	Israélites	Italiens	Anglo-Malais	TOTAUX
Débilité	10	163	43	70	4	290
Entérite	39	245	73	135	19	511
Bronchite	11	98	52	86	6	253
Pneumonie	4	41	23	25	2	95
Convulsion	1	45	2	7	»	55
Rougeole	6	148	40	68	5	267
Variole	3	101	10	39	3	156
Scarlatine	»	»	»	»	1	1
Diphtérie	3	5	1	4	1	14
Coqueluche	6	17	1	7	2	33
Fièvre typhoïde	1	»	»	»	»	1
Tuberculose	»	8	1	2	»	11
Paludisme	»	»	»	1	1	2
Méningite	2	3	3	11	2	21
Rachitisme	»	29	»	»	»	29
Syphilis	1	11	»	2	»	14
Autres maladies	8	49	8	20	8	93

Il faut noter les énormes ravages occasionnés par la gastro-entérite, alors qu'en France on compte 182,2 décès par gastro-entérite pour 1.000 habitants, en Tunisie on en compte :

Chez les Français. . .	325
Chez les Musulmans . .	340
Chez les Israélites. . .	304
Chez les Italiens . . .	473,3
Chez les Anglo-Maltaï .	371,4, soit une moyenne de 346,7.

Dans l'étude de la morbidité infantile, nous pouvons considérer diverses périodes dans la vie de l'enfant.

Il est évident que la mortalité élevée reconnaît des causes spéciales, syphilis des parents ; le plus souvent, mauvaises conditions hygiéniques où est placée la mère, logement mal aéré, travaux pénibles, intoxication par l'oxyde de carbone des canons. Enfin, un autre écueil guette l'enfant dans la classe pauvre où on ne fait guère usage de la sage-femme, les matrones laissent souvent mourir le nouveau-né faute de soins élémentaires. Il m'est souvent arrivé, dit le Dr Conseil, de constater le décès d'enfants bien constitués, venus en état d'asphyxie, et que quelques instants de respiration artificielle auraient probablement ranimés.

La mortalité infantile des premiers mois reconnaît souvent pour cause la débilité congénitale, hérédosyphilis, conditions hygiéniques déplorable où vivent les parents.

De 1 mois à 1 an, ce sont surtout les troubles digestifs, gastro-entérite, dus à une mauvaise alimentation, alimentation mixte trop précoce, alimentation

artificielle. L'allaitement maternel permet aux musulmans d'avoir une mortalité du premier âge peu élevée malgré toutes les coutumes néfastes qui entourent la première enfance, alors que les Français et les Italiens, où se rencontre fréquemment l'allaitement artificiel, ont, malgré des soins beaucoup plus assidus, une mortalité plus élevée. Il y a là une des constatations les plus frappantes que l'on puisse trouver en faveur de l'allaitement au sein.

Après un an, ce sont toujours les fautes de régime, une alimentation non appropriée aux besoins de l'enfant qui causera de l'entérite, mais à cet âge ce sont les maladies infectieuses qui commencent à s'abattre sur l'enfant : variole, dyphtérie, coqueluche, rougeole, et toutes leurs complications pulmonaires, bronchite et broncho-pneumonie.

Les affections cutanées, lésions mécaniques, intertrigo, syphilides, ulcérations, pustules, croûtelles, lésion de grattage, puis lymphangite, parfois la vraie pyohémie se rencontrent très fréquemment chez l'enfant indigène.

L'influence des saisons n'est pas sans action sur la pathologie infantile, les maladies épidémiques sont souvent moins répandues en hiver. C'est surtout pour l'entérite que la saison chaude semble une époque de prédilection. La fermentation et toutes les altérations que peut subir le lait sont-elles directement en cause. Est-ce simplement l'action de la chaleur sur l'enfant ? Il est très certain que le nourrisson, même élevé au sein et surveillé, souffre, en Tunisie, des chaleurs de l'été.

CHAPITRE II

PROTECTION DE L'ENFANCE

Avant l'occupation française, l'Assistance publique officielle aux enfants n'existait pas en Tunisie. Seules, les religieuses de Saint-Joseph de Marseille, installées à Tunis depuis 1840, recueillaient les enfants des deux sexes abandonnés ou orphelins de toute nationalité européenne. Dans un local dépendant de l'hôpital créé à Tunis, rue Sidi-Faber, par ces religieuses, sœur Jeanne dont le souvenir est encore vivant au cœur des anciens tunisiens, gardait, élevait et soignait les jeunes garçons orphelins. Dans cet hôpital, il était ouvert un service de consultations gratuites le matin ; le soir, les sœurs allaient à domicile au sein des familles indigentes. Elles pénétrèrent alors dans toutes les demeures arabes avec la plus grande facilité et y furent même très fréquemment appelées. Leurs soins s'adressaient surtout aux femmes arabes et à leurs enfants (*in* Gomma, thèse de Bordeaux, 1904).

Depuis l'occupation française, de nombreuses œuvres d'assistance sont venues secourir l'enfance. Ces œuvres s'adressent, soit aux parents pour qui l'enfant sera souvent une charge nouvelle soit à l'enfant lui-même s'il

est privé de ses parents. Nous étudierons d'abord les œuvres officielles existant actuellement.

Hôpitaux.

L'Hôpital civil français créé en 1898 reçoit à la Maternité les mères pour leur accouchement : les françaises indigentes y entrent gratuitement, les femmes de fonctionnaires touchant un traitement inférieur à 1.800 francs obtiennent une réduction du prix de journée à 1 fr. 50; les autres mères, de quelque nationalité qu'elles soient, peuvent y entrer comme payantes à 2 fr. 75 la journée. La Maternité occupait primitivement une partie du service de chirurgie puis un local fort exigu dénommé Pavillon nord. Sur l'instigation du Dr Bruch, une maternité fut construite qui remplaça la précédente devenue insuffisante.

La Maternité actuelle est admirablement comprise. Deux corps de bâtiments unis à angle droit. Dans une aile de l'immeuble, le dortoir des expectantes, dans l'autre des chambres à un et deux lits pour les accouchées. Entre les deux, la salle de travail, une salle d'opérations, et la pouponnière.

Le nombre des accouchements à la Maternité augmente de façon progressive. Beaucoup de mères, femmes de colons, de fonctionnaires de l'intérieur, préfèrent venir accoucher à la Maternité, plutôt que d'accoucher à la campagne, privées de tout secours médical, souvent même de sage-femme.

En 1909, il a été fait 152 accouchements.

En 1910, — 167 —

En 1911, — 165 — Tunis étant

atteint par l'épidémie de choléra beaucoup de personnes ont préféré s'abstenir.

En janvier 1912, il a été fait 25 accouchements. D'ici peu, on complera 200 accouchements par an.

L'Hôpital Sadiki ne reçoit que peu de mères au moment de l'accouchement — il s'agit presque toujours de dystocies graves. L'accouchement est un acte physiologique et il n'est point encore de longtemps dans les mœurs de l'arabe d'envoyer sa femme accoucher à l'hôpital.

L'Hôpital italien reçoit dans son service de gynécologie les femmes italiennes qui y viennent accoucher. En 1909, il a été fait 19 accouchements. Souvent il s'agit de dystocies. Chaque enfant qui naît à l'hôpital italien reçoit un petit trousseau. Cette œuvre de layettes pour les nouveau-nés est entretenue par les cotisations des médecins et par les dames du Patronat.

L'Hôpital israélite a reçu fort peu de femmes enceintes ; il s'agit surtout de femmes dystociques envoyées à l'hôpital pour y subir une intervention.

Garderie.

Une question très importante, annexe de l'hospitalisation des parents, est la garderie des enfants dont les parents entrent à l'hôpital.

La question ne se pose pas pour le nourrisson indigène qui jamais ne quittera sa mère. Il s'agit surtout du nourrisson français. La Société de bienfaisance française prend à sa charge les enfants des parents français hospitalisés. Sur simple avis de l'hôpital français,

la Société recevait ces enfants en garde, mais seulement les enfants sevrés, c'est-à-dire pouvant se nourrir eux-mêmes, pouvant prendre une alimentation autre que le biberon ou le sein, soit l'enfant à partir d'un an environ.

Au-dessous d'un an, les enfants entraient à l'hôpital avec leurs parents, la mère dans un service d'adulte, le nourrisson au service des enfants. Il était permis à la mère de nourrir son enfant, de venir l'allaiter plusieurs fois par jour, autant qu'il était nécessaire. Cette situation était évidemment très critiquable ; recevoir un enfant bien portant dans un service de malades, c'était l'exposer à des contagions intérieures possibles. Il s'en est produit et puis les allées et venues de la mère n'étaient point toujours possibles.

Une solution vient d'intervenir : le service des enfants de l'hôpital civil ne recevra plus d'enfants en garde ; la Société de bienfaisance se chargera de ce service quel que soit l'âge des enfants.

Indemnité familiale.

Les familles nombreuses ont aussi bénéficié des sollicitudes du Gouvernement de la Régence, au moins en ce qui concerne ses fonctionnaires. Un arrêté résidentiel en date du 24 janvier 1905 accorde des indemnités familiales aux agents des administrations. Ces indemnités sont proportionnelles au nombre des enfants et leur quantum est en raison inverse du taux des traitements.

L'indemnité pour charges de famille allouée actuellement est de 65 francs par enfant.

Les enfants, pour donner droit à l'indemnité, doivent être célibataires et être âgés de moins de dix-huit ans au commencement de chaque semestre. Parmi les généreuses dispositions de l'arrêté, nous signalerons surtout que les enfants recueillis sous son toit par un fonctionnaire qui les élève comme ses propres enfants sont assimilés à ces derniers.

Ne touchent cette indemnité pour le nombre intégral des enfants à leur charge que les agents dont le traitement n'atteint pas 3.000 francs. Ceux dont le traitement atteint 3.000 francs, sans atteindre 3.500, touchent l'indemnité pour le nombre des enfants à leur charge moins un. Ceux dont le traitement atteint 3.500 francs sans atteindre 4.000 francs touchent l'indemnité pour le nombre des enfants moins trois. Les traitements au dessus de 4.000 francs ne donnent droit à aucune indemnité familiale.

Quant aux agents indigènes, c'est la circulaire résidentielle du 16 mars 1910 qui leur accorde le bénéfice de l'indemnité familiale. Les agents indigènes seuls y peuvent prétendre, dont le traitement est inférieur à 2.400 francs et qui ont à leur charge, sous leur toit, plus de trois enfants. Cette indemnité a été fixée à trente francs par agent et par an.

Nous devons ajouter que les garçons, à partir du moment de leur inscription sur les registres de la Medjba, ou à partir du moment où ils atteignent l'âge de seize ans, cessent de donner droit à l'indemnité. Enfin, le paiement de l'indemnité familiale aux indigènes a lieu dans les mêmes conditions que pour le personnel français c'est-à-dire sur production de mémoi-

res établis par les intéressés d'après leur situation administrative de famille au commencement du semestre.

Secours aux mères.

Sous le nom d'Œuvre des Filles Mères, la Chancellerie de la Résidence générale administre un crédit de secours aux mères nécessiteuses. Les filles-mères étant de beaucoup les plus nombreuses ont donné ce nom à l'œuvre.

L'abandon de l'enfant étant considéré comme un pis-aller auquel il convient de soustraire l'enfant si la mère veut bien consentir à le nourrir, la Société a le devoir de secourir la mère malheureuse.

Sur trente enfants secourus, environ vingt-trois sont enfants naturels.

La mère a le choix de garder son enfant ou de le placer en nourrice. On lui demande seulement de ne pas perdre l'enfant de vue. Si elle garde son enfant, on lui fournira des secours pour l'encourager et l'aider. Si l'enfant est placé en nourrice, la Résidence paiera 15 francs par mois, 20 francs au besoin, la mère fera l'appoint en ajoutant 10 francs ou 5 francs par mois de nourrice.

Dans cette œuvre d'assistance rentrent des enfants qui, bien que n'étant pas fils naturels, se trouvent cependant privés du secours paternel ou se trouvent dans une situation semblable. Telle famille dont la mère est veuve avec enfants légitimes, telle famille dont le père est en prison, telle autre dont le mari a quitté le domicile conjugal. Dans ces cas, la chancellerie remet des secours aux mères, secours mensuels.

Repos aux mères avant et après l'accouchement.

Bien qu'en Tunisie il n'y ait ni règlement ni décret prescrivant ce repos, certaines Administrations ont accordé, d'elles-mêmes, un mois de repos avant l'accouchement, un mois après. Tel est le cas de la Direction de l'Enseignement pour les institutrices, de même de la Direction des Finances et la Direction des Travaux publics pour leur personnel féminin.

Sages-femmes.

Il existe actuellement en Tunisie (*Journal Officiel Tunisien*, 22 février 1911) 68 sages-femmes diplômées et 25 sages-femmes tolérées.

Sur ce chiffre, Tunis accapare 71 sages-femmes diplômées et 10 sages-femmes tolérées; Sfax a 3 sages-femmes et 2 tolérées; Sousse, 3 diplômées et 1 tolérée, et Bizerte 7 sages-femmes diplômées.

Il est évident que les villes attirent les sages-femmes et que la campagne en est presque totalement dépourvue. Il reste 26 sages-femmes ou matrones pour toute la Tunisie, hormis les grandes villes. Ce chiffre est notoirement insuffisant. Bien heureuses sont les femmes de colon qui, n'ayant pu gagner la grande ville pour y faire leurs couches, ont à portée une voisine complaisante et propre qui les aide à ce moment-là.

Malgré la compétence de leurs soins, les sages-femmes françaises sont rarement appelées auprès des parturientes indigènes qui ont exclusivement recours à leurs matrones.

La question des sages-femmes est actuellement à l'étude. Il n'existe de sages-femmes tolérées que comme matrones indigènes. Pour restreindre le rôle de ces femmes toujours ignorantes, souvent dangereuses, le Gouvernement poursuit l'application des règlements en vigueur. Ainsi aucune autorisation de sage-femme tolérée n'est plus accordée pour une ville de Tunisie : les sages-femmes diplômées y existent en nombre suffisant, il est absolument inutile de leur adjoindre des matrones. Mais dans les centres où toute assistance médicale fait défaut, il convient encore de les utiliser, faute de mieux.

Sages-femmes municipales.

Elles ont été créées par le Gouvernement tunisien sur l'instigation du chef du Bureau d'Hygiène pour surveiller la grossesse, l'accouchement et aussi l'enfant dans les milieux indigènes pauvres. Jusqu'à présent, la population indigène a mis peu d'empressement à reconnaître les bienfaits d'une telle institution.

A Tunis, il existe deux sages-femmes municipales, recevant chacune un traitement de 1.800 francs; elles peuvent faire de la clientèle en dehors de leurs attributions municipales. Elles sont chargées de visiter les mères indigentes, de les assister au moment de l'accouchement et de vacciner les enfants.

Puériculture.

Le Dr A. Bruch a pris l'initiative de l'enseignement de la puériculture à Tunis. C'est sur son instigation que la Municipalité de Tunis a fait imprimer dans le

carnet de mariage des feuillets conseils de puériculture distribués gratuitement aux familles à chaque célébration de mariage et à chaque déclaration de naissance. Le contrôle civil a suivi cet exemple, le Consulat d'Italie est sur le point de le faire et les Municipalités de Rades et d'Hammamlif ont commandé de pareils feuillets.

Des cours publics et gratuits ont été organisés sous le Patronage des Dames de la Crèche, les cours sont faits à heure fixe, une fois par semaine. Au début c'était à la Crèche, mais la salle était insuffisante, et c'est actuellement au local de l'Union des Femmes de France que ces cours ont lieu. Le nombre des dames qui y assistent, ainsi que leur empressement à fréquenter régulièrement ces cours, montrent combien ils sont désirés et répondent à un besoin réel. A la requête de la Direction de l'Enseignement, des places y sont réservées aux élèves maîtresses. Il serait fâcheux, en effet, qu'elles soient ignorantes des soins à donner aux enfants. L'instituteur doit tout savoir, surtout en Tunisie, il sera questionné sur tout. On ne pouvait pas faire œuvre plus féconde que de s'adresser à ceux qui sont placés pour instruire les autres, pour les instruire eux-mêmes de la bonne cause. C'est de la graine qui rapportera au centuple. Mais un cours, dira-t-on, reste une chose bien abstraite. Cet enseignement théorique trouve son complément obligatoire dans les Consultations de nourrissons organisées au Dispensaire Alapetite tous les lundis matin. Cette Consultation servira comme d'exercices pratiques où les Jeunes Filles Dames de France et les élèves maîtresses pourront

assister. Elles y verront, déshabilleront, pèseront, panseront chaque lundi une quarantaine de bébés.

En milieu musulman, des cours de puériculture fonctionnent régulièrement depuis quelques années à l'école des jeunes filles musulmanes. Ils sont dus à l'initiative de la directrice, Madame Eigenschenck. Ces cours ont une importance capitale au point de vue de la diffusion d'idées saines de puériculture en milieu musulman. Ces cours s'adressent à des jeunes filles musulmanes instruites de douze à quatorze ans, presque à la veille d'être mères. Nul doute que, sorties de l'école, elles ne se fassent les propagatrices des sains conseils qui leur auront été inculqués.

Nous ne pouvons mieux faire que de reproduire le programme¹ de ces cours. A côté de prescriptions d'hygiène, on insiste surtout sur le chapitre concernant les *Soins à donner aux Petits enfants* :

Soins quotidiens de propreté, de la tête particulièrement, pour éviter les croûtes de crasse.

Combattre l'habitude de serrer la tête, le corps des nouveau-nés. Habillement.

Recommander de ne pas coucher le bébé avec sa mère.

Choix d'un berceau, manière d'éviter les maladies d'yeux très fréquentes chez les enfants arabes.

Nécessité de l'allaitement naturel, ou choix d'une nourrice.

Régularité des repas, manière d'administrer le biberon.

Précautions à prendre pour éviter les jambes arquées.

Promenades, air, soleil. Soins à donner aux enfants pendant les convulsions.

¹ Que nous devons à l'obligeance de Madame Eigenschenck, directrice des écoles de filles musulmanes de Tunis.

Le Dr Scialom a entrepris également en *milieu israélite* la diffusion des notions de puériculture. Chaque année, il fait des cours en arabe, en français, aux anciens élèves de l'Alliance israélite. A ces cours, se pressent hommes, femmes, enfants, filles, tout le monde israélite accourt entendre la bonne parole.

Aux élèves fréquentant actuellement l'école de l'Alliance israélite, le Dr Scialom fait des cours d'hygiène et s'adresse séparément aux garçons et aux filles en deux causeries distinctes. Le Dr Scialom fait également des conférences très suivies aux anciennes élèves de l'Alliance israélite.

Enfants abandonnés, trouvés, orphelins.

Nous avons étudié les œuvres officielles s'adressant à la mère pour l'assister ; voyons maintenant celles qui s'adressent à l'enfant et commençons par celui dont il faut s'inquiéter d'abord, puisque sa famille fait défaut : l'enfant abandonné.

En milieu indigène musulman, l'enfant abandonné n'existe pas, et pourquoi existerait-il ? Par la faute d'une fille ? Le mariage est précoce et empêche les fautes. Par la charge nouvelle que crée l'enfant dans la famille ? L'enfant est toujours ardemment désiré par sa mère, jamais il ne sera une charge. Le nouveau né fera corps avec sa mère qui ne l'abandonnera jamais. Si la famille est réduite à la misère, l'enfant partagera le sort de sa famille ; il sera vêtu de haillons dans le dos de sa mère vêtue de haillons ; il ne coûtera que le lait qu'il tète au sein et que sa mère lui donnera tant qu'elle vivra.

L'enfant abandonné est exceptionnel chez les Arabes; s'il existe, c'est l'enfant de Dieu; toujours il trouvera un protecteur. N'importe quelle femme indigène, de rang aussi élevé qu'elle soit, ne refusera jamais de donner le sein à un enfant trouvé. Les familles se le disputent, on connaît des histoires de vol d'enfant pour arriver à posséder et à garder cet enfant de Dieu.

La fille mère ne doit pas exister; elle est mise à l'index; elle est repoussée par tous; la malédiction de sa famille la poursuit partout; elle est impitoyablement chassée de la tente. Si le père de l'enfant est connu, la haine de la famille se tourne contre lui et la vengeance est alors terrible, car la haine s'étend non seulement au séducteur lui-même, mais aussi à toute sa famille et ne peut être effacée que par le sang.

L'orphelin de même n'existe pas; l'enfant qui n'a plus ses parents sera toujours adopté dans la famille indigène par un oncle, une tante.

Dans le monde européen, l'enfant qui n'a plus ni père, ni mère, est souvent, en fait, un enfant abandonné, car les parents de ses père et mère sont en France, en Italie, il reste seul.

Pour nos compatriotes les plus jeunes, il existe une œuvre d'assistance administrée par la Chancellerie de la Résidence générale : c'est l'œuvre des nourrices et nouveau-nés abandonnés.

Sous ce nom sont groupés plusieurs chefs d'assistance, en réalité assez différents : enfants trouvés, enfants abandonnés, enfants naturels ou de filles mères. Ces derniers ont été étudiés antérieurement.

Un enfant est trouvé sur la voie publique, que devient-il ? L'agent qui l'a découvert, le commissaire à qui l'on présente l'enfant dressent procès-verbal et l'enfant est envoyé à l'hôpital civil français, au service de la maternité, qui remplit, dans ce cas, le rôle d'hospice dépositaire. L'enfant y est reçu, dénommé, la déclaration de naissance est faite, et l'enfant reste dans le service jusqu'à ce qu'il soit pourvu d'une nourrice. Cette nourrice est cherchée, soit à la Maternité, où il peut s'en trouver hasard, soit au dehors, par l'entremise d'une personne charitable.

En 1910 il a été trouvé à Tunis quatre enfants nouveau-nés, cinq en 1911.

La nourrice à qui l'on remet l'enfant est subventionnée par la Chancellerie de la Résidence et payée 20 à 25 francs par mois. Comme il est bien difficile de déterminer la race, la religion et, à plus forte raison, la nationalité d'un nouveau-né, ce service fonctionne comme une œuvre internationale, mais qui francise tous les enfants abandonnés.

La question des enfants abandonnés est résolue de façon semblable. C'est la Chancellerie de la Résidence qui pourvoit d'une nourrice le nouveau-né, déclaré de père et mère inconnus. En 1910, deux enfants ont été abandonnés; en 1911, trois.

Il en va de même pour les orphelins, qui n'ont plus aucun parent en Tunisie. A défaut du tuteur ou du conseil de famille, l'enfant est remis à une nourrice par les soins de la Chancellerie de la Résidence générale.

Les enfants en nourrice sont élevés au sein jusqu'à

douze, treize, quinze mois, selon avis médical. Quelques nourrices conservent les enfants après sevrage, les unes à titre gracieux, les autres moyennant un salaire de 15 francs par mois. Enfin, quelques enfants sont placés à l'orphelinat de Carthage; il y en a trois en ce moment; ces enfants y resteront jusqu'à vingt et un ans.

Il existe un contrôle médical à cette œuvre d'assistance, c'est la consultation des nourrissons qu'à créée le Dr Bruch à la Maternité de l'hôpital civil français et qui fonctionne actuellement au Dispensaire Alapetite. Toute nourrice, avant d'aller toucher son mois à la Chancellerie, doit apporter son enfant au Dispensaire. Là le nourrisson est pesé, examiné, les renseignements sont transcrits sur un livret *ad hoc* et ce n'est que munie de ce visa que la nourrice pourra se présenter à la Chancellerie.

L'enfant, ainsi placé en nourrice, sera assisté jusqu'à quatre ans. A cet âge, la Société de bienfaisance se chargera de lui.

S'il s'agit d'une fille mère qui a conservé son enfant, elle sera secourue jusqu'à ce que son enfant ait atteint l'âge de quinze, seize mois.

La Chancellerie de la Résidence générale dépense, en outre, chaque année, pour l'habillement des enfants, 500 francs environ.

Hôpital civil français.

L'hôpital civil français peut recevoir des nourrissons au Pavillon des enfants, au Pavillon nord, au Pavillon des contagieux.

Le Pavillon des enfants reçoit les enfants malades de

toutes affections chirurgicales ou médicales non contagieuses. Il occupe, dans l'hôpital, la partie est des services généraux. Extérieurement, avec ses colonnes de marbre alignées par paires, ses auvents à tuiles vertes, il a grande allure. Sa destinée première n'était point d'abriter des enfants malades, mais de servir de réfectoire ou de salle des fêtes pour tous les pensionnaires de l'hôpital. Une grande salle de 26 mètres de long sur 6 de large, partagée en trois par deux cloisons, forme deux petites salles de malade et une pièce pour le service en général. La salle nord est une salle de médecine, la salle Sud est une salle de chirurgie. Dix petits lits dans chaque salle et six berceaux pour les deux salles.

Une mère n'aime guère se séparer de son enfant et le règlement ne lui permettant pas d'entrer dans une salle d'adulte tout en conservant son enfant près d'elle, le nourrisson malade reste le plus souvent dans sa famille.

Dans le service des enfants, les nourrissons se trouvent au milieu d'enfants de zéro à quinze ans — qui jouent, crient, et n'ont d'autre local pour jouer que la galerie voisine. La nuit, ce sera le nourrisson qui dérangera ces grands enfants. La nécessité de soigner le nouveau-né à part se faisait sentir. Le Dr Porot l'a réalisée par ses propres moyens, en faisant une salle de nourrissons dans son Pavillon de médecine générale.

Le Pavillon nord reçoit les enfants contagieux atteints de scarlatine, rougeole, diphtérie. S'il s'agit de variole ou de typhus, l'enfant est dirigé sur le Pavillon des contagieux où on lui dressera un berceau.

L'hôpital Sadiki reçoit les nourrissons indigènes justiciables d'intervention chirurgicale; l'enfant entre, avec sa mère, dans le service des femmes.

L'hôpital italien, l'hôpital israélite, reçoivent parfois des nourrissons, dans leurs salles de médecine ou chirurgie femmes adultes. L'enfant entre avec sa mère et reste avec elle.

L'hôpital indigène, l'hôpital italien, l'hôpital israélite, ont tous les jours des consultations externes, les enfants peuvent y être présentés. Si leur état l'exige, ils sont hospitalisés, sinon on leur donne soins et médicaments. L'hôpital français seul a une consultation d'enfants médecine et chirurgie.

Dispensaire Alapetite.

Ce Dispensaire porte le nom de sa fondatrice. Installé dans un immeuble coquettement bâti, contigu à la Crèche, il fonctionne comme un service de consultations externes pour enfants. Il est ouvert sur le boulevard Bab Menara et comporte une salle d'attente pour les parents et enfants, une salle de pansement pourvue de tout le mobilier nécessaire pour les consultations et de petites opérations, une pièce servant de cabinet pour le docteur.

La consultation a lieu tous les jours, de 8 à 11 heures du matin. MM. les D^{rs} Braquehay et Bruch sont chargés de la chirurgie; MM. Lemanski, Plancke, Eichmuller, Diuguizli, de la médecine. MM. Houdart et Dufaure de Citres, des spécialités. Chaque matin, quatre-vingts à cent vingt enfants sont amenés à la consultation.

Les enfants indigents, de zéro à quinze ans, à quelque nationalité qu'ils appartiennent, sont admis aux consultations. Arabes et Siciliens forment la majorité des consultants : entérite, rachitisme, débilité générale, surtout affections cutanées, pyodermites à tous les degrés sont les diagnostics les plus fréquents :

En 1911, il a été fait au Dispensaire :

- 7.997 pansements ordinaires ;
- 12.553 pansements d'yeux ;
- 1.634 pansements d'oreille ;
- 1.239 consultations ;
- 62 incisions ;
- 590 vaccinations.

Comme personnel, le Dispensaire comprend deux sœurs de Saint-Vincent-de-Paul, infirmières diplômées, une femme de France diplômée et un groupe d'infirmières stagiaires de l'Union des Femmes de France.

Le budget annuel est de 7.000 francs environ. Les ressources sont fournies par une subvention de la Ville, de la Résidence générale et de l'Union des Femmes de France. Pas de cotisation.

Croix Rouge.

La Croix Rouge française est représentée en Tunisie par deux Sociétés : la Société de Secours aux Blessés et l'Union des Femmes de France. Ces deux Sociétés possèdent des dispensaires en dehors de Tunis dans presque tous les centres importants. Ces dispensaires sont ouverts aux malades de tout âge.

A Tunis, le Dispensaire de la Société de secours est

installé dans un vaste immeuble de la rue Sidi-Brahim, en pleine ville arabe.

Tous les matins, de 8 à 10 heures, consultations générales. MM. les D^{rs} Porot, Plaucke, Conseil, Houdart, Cuénod, Capilleri, Mulot assurent ce service.

Le nombre des nourrissons amenés à la consultation a été de 721 enfants de 0 à 2 ans en 1910 ; de 502 en 1911.

Sociétés de Bienfaisance.

Les diverses Sociétés de Bienfaisance ont organisé des consultations gratuites pour indigents. Consultations au siège de la Société, rue Sidi-bou-Mendil pour la Société de Bienfaisance française, tous les jours à 8 heures ; il est organisé également un service de visites à domicile.

Mêmes services pour la Société de Bienfaisance italienne, rue Zarkoun, pour la Société de Bienfaisance israélite, rue El-Daoulatli, pour la Société de Bienfaisance musulmane, place Halfaouine.

Ces services s'adressent à l'enfant et à l'adulte indistinctement.

Crèche.

C'est M^{me} Massicault, femme du Résident général, qui créa en 1886 la première Crèche de Tunis. Cette Crèche fonctionnait rue Zarkoun, richement pourvue de tout le mobilier nécessaire à trente-cinq enfants. En 1894, M^{me} Millet plaça la Crèche sous la direction des Sœurs de Saint-Vincent-de-Paul. Vers cette époque, le Gouvernement tunisien concède un terrain à l'Œuvre

de la Crèche à Bab-Menara. La Municipalité prend à sa charge les frais de construction, et ainsi est installée la Crèche dans son immeuble actuel.

Simplement bâtie dans le style mauresque, elle contraste par sa blancheur avec le taudis d'un brocanteur arabe d'un côté, et d'un café maure du côté opposé.

Entrant à la Crèche, nous pénétrons dans une petite cour aérée et ensoleillée, les recoins sont plantés de bananiers. Un préau sert d'antichambre. Là, une série de porte-manteaux numérotés de 1 à 50. L'enfant qui entre trouve là son tablier d'uniforme et son petit mouchoir.

Les enfants sont amenés à la Crèche de 7 heures et demi à 9 heures. A 9 heures, on ferme les portes. Jusqu'à 10 heures, les enfants restent dehors à jouer, pour les plus grands, les plus petits sont assis dans de petits fauteuils et ainsi ils attendent l'heure du repas. S'il pleut ou si le temps est mauvais, les enfants prennent leur récréation dans la pouponnière. Vers 10 heures, on donne à manger à tout le monde. Ceux qui ne sont pas sevrés prennent le sein de leur mère qui est tenue de venir allaiter son bébé au moins une fois par jour.

L'alimentation des enfants plus grands est faite de semoule au lait, phosphatine, riz au lait, tapioca, pâtes au lait. Le lait est la seule boisson en hiver. En été, on donne de la tisane d'orge et du lait. La pouponnière est admirablement installée pour l'alimentation des tout petits. Ils sont assis en rond autour de la sœur qui leur mettra la becquée à la bouche. Derrière eux, leurs aînés, debout, tendent la tête, ils sont servis à leur tour.

Après le repas, l'enfant est couché, il s'endort d'un

bon sommeil. Le dortoir est installé dans une vaste pièce contiguë à la pouponnière largement aérée et éclairée par de grandes fenêtres. Chaque enfant a son petit lit numéroté comme les porte-manteaux où il a trouvé son tablier en arrivant. Selon l'âge, selon la taille, mais surtout selon la malice de l'enfant, il est couché dans un berceau ou dans un petit lit de camp. Le matériel de couchage est fait d'une paille de varech, recouverte d'une toile cirée, d'un drapeau et d'un oreiller. L'enfant est couché, on le recouvre d'une couverture de laine.

L'enfant n'est pas déshabillé, on le déchausse et on lui met un couche-culotte pour qu'il ne salisse pas le berceau, ceci pour les tout petits.

Jusqu'à 2 heures, les enfants dorment. Au réveil, on fait leur toilette et on les passe dans la cour. A 3 heures, on sert le repas et après les enfants retournent dans la cour, puis on les habille pour qu'ils soient prêts quand les parents viendront les chercher de 4 à 5 heures.

Tous les enfants sont vaccinés chaque année en deux ou trois séances, une séance tous les quatre mois, de façon que les derniers arrivés le soient peu après leur entrée.

Si un enfant est amené malade à la Crèche, on le porte au Dispensaire Alapetite, œuvre indépendante, mais mitoyenne, où l'on prend l'avis du médecin. L'enfant est repris à la Crèche ou isolé en un berceau séparé s'il est atteint de maladie contagieuse. On prévient les parents, au besoin on leur porte l'enfant.

Les enfants sont admis à la Crèche, de huit mois à

trois ans au plus. Passé cet âge, ils sont reçus à l'Ecole maternelle annexée à la Crèche et fonctionnant comme une garderie, puisqu'ils y sont dans les mêmes conditions qu'à la Crèche, nourris à midi et rendus aux parents le soir à 4 heures.

L'âge minimum a été fixé à huit mois, parce qu'il y a pour l'enfant plus jeune de gros inconvénients à être séparé de sa mère. Prendre l'enfant plus jeune, c'est l'enlever aux soins continus qu'une mère seule peut donner à son enfant — c'est supprimer des tétées — ou les remplacer par l'allaitement artificiel momentané, c'est un acheminement vers un sevrage trop précoce. Jusqu'à huit mois, l'allaitement maternel suffit exclusivement à l'enfant. Vers huit mois, l'alimentation mixte est commencée. En obligeant la mère à venir allaiter au moins une fois dans la journée, on maintient à l'enfant son alimentation normale. D'ailleurs, l'étude de la mortalité dans les Crèches où les enfants sont pris à cinq ou six mois n'est pas en faveur de ces dernières. A la Crèche et à l'Ecole maternelle qui en dépend, où vont les enfants de la Crèche devenus grands, soit sur un total de 200 enfants, on ne compte que 2 décès en 1911, 3 en 1910, encore ces décès ne sont-ils pas imputables à l'établissement.

La Crèche abrite environ 55 enfants, 60 sont inscrits, mais il y a toujours des absents pour raisons diverses, éloignement, déplacement des parents, maladie.

Une sœur surveille les enfants, deux jeunes filles employées font le service courant, plus une sœur chargée de la cuisine et la Directrice. Tel est le personnel de la Crèche.

La Crèche est tenue par les Sœurs de Saint-Vincent-de-Paul, la Directrice est une dame très distinguée. La Présidente de l'Œuvre de la Crèche est une dame du monde, dévouée à l'œuvre à laquelle elle ne marchandant ni son temps, ni ses peines : M^{me} de Labonne pendant plusieurs années, actuellement M^{me} Bodoy préside aux destinées de la Crèche. En de telles mains, l'œuvre ne saurait que prospérer.

Un Conseil d'administration assure la direction morale et financière de l'œuvre. Nous ne pouvons mieux faire que d'en reproduire le règlement.

Le Conseil d'administration est ainsi composé :

Membres d'honneur. Présidente et Vice-Présidente.

Membres actifs. 1^o Une Dame Présidente; 2^o Une Dame Vice-Présidente; 3^o Une Dame Secrétaire; 4^o Une Dame Secrétaire adjoint; 5^o Un Trésorier; 6^o Un Docteur; 7^o la Directrice de l'Etablissement.

RÈGLEMENT INTÉRIEUR DE LA CRÈCHE

ART. 1. — Tout enfant de huit mois au moins et trois ans au plus dont les parents habitent Tunis peut être admis à la Crèche s'il n'est atteint d'aucune maladie.

ART. 2. — Les personnes qui désirent faire recevoir un enfant à la Crèche sont tenues à fournir :

- 1^o Une déclaration indiquant la demeure des parents et la profession qu'ils exercent;
- 2^o Un extrait de naissance de l'enfant;
- 3^o Un certificat du Docteur de l'établissement;
- 4^o Déclarer si l'enfant est vacciné.

ART. 3. — Après la production de ces pièces, le nom de l'enfant sera inscrit sur le registre de présentation, par la

Directrice, qui indiquera l'époque à laquelle l'enfant pourra être reçu.

ART. 4. — Les enfants seront admis à la Crèche d'après leur ordre d'inscription.

ART. 6. — Les enfants qui auront manqué un mois sans motif valable seront rayés de l'œuvre et on pourra disposer de leur place.

ART. 12. — La Crèche est ouverte tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 7 heures du matin à 6 heures du soir. Un mois de vacances est accordé dans le courant d'août ou de septembre, au choix de la Directrice, qui doit au préalable en aviser le Conseil.

ART. 17. — Les enfants, avant de se présenter à la Crèche, doivent être lavés, chaussés, peignés. Chaque matin on donne aux enfants un tablier d'uniforme et un mouchoir de poche qu'ils laissent le soir à la Crèche.

Propreté. — Les locaux sont blanchis deux fois par an.

Chaque semaine les parquets seront lavés au sublimé à 2 o/oo.

Chaque enfant sera peigné au moins une fois par jour et lavé à l'eau froide au moins deux fois.

Chaque enfant aura un mouchoir dans la poche de son tablier, qui ne servira qu'à son usage personnel.

Chaque enfant aura pour son repas une assiette, un gobelet et une petite serviette.

Il y a actuellement 55 enfants qui fréquentent la Crèche. Sur ces 55 enfants, moitié sont Français, fils d'employés de chemin de fer, de sous-officiers, d'agents de police, de journaliers, moitié Italiens Maltais. Beaucoup sont fils de veuve, de mère abandonnée, ou enfants de famille nombreuse et quelques rares Arabes.

Le nombre des demandes d'entrée à la Crèche est sensiblement le double des places. Il y a 100-110

demandes pour 55 places ; ceci prouve bien le besoin réel auquel répond la Crèche. Le nombre de demandes élevé impose une sélection et permet une discipline nécessaire à la bonne marche de l'Œuvre.

Le budget de la Crèche s'élève à 6.000 francs environ. Les recettes sont représentées : 1° par les cotisations des Dames de l'Œuvre :

ART. 5. — Les membres de l'œuvre s'engagent à payer une cotisation annuelle de 15 francs, exigible de février à fin avril pour l'année courante.

ART. 6. — Le titre de fondateur de l'œuvre pourra être accordé aux personnes qui auront fait don d'une somme de 100 francs.

2° Par la rétribution de 5 centimes par jour payée chaque matin par les enfants à la Directrice ;

3° Par une subvention de l'Archevêché.

Le prix de revient de la journée d'enfant à la Crèche est de 1 franc environ.

Œuvre des Layettes.

L'Œuvre des Layettes fonctionne sous l'égide de la Crèche, elle est présidée par M^{me} Bodoy. Aux familles des enfants français de la Crèche, parmi les plus nécessiteux, elle fournit un petit trousseau. Certaines familles n'ont que cette layette pour habiller leur enfant.

La layette distribuée varie de composition selon l'hiver ou l'été. Chaque année l'Œuvre des Layettes donne environ une trentaine de ballots contenant :

2 molletons, 6 langes, 2 caches-maillots, 6 che-

mises, 1 brassière de laine, 1 pointe, 1 ceinture, 1 brassière de coton, chaussons, bonnet et bavette.

Le tout d'une valeur approximative de 20 francs environ.

Œuvres israélites.

La Société de Bienfaisance est comme la synthèse de l'assistance israélite : c'est une œuvre admirable. Avec un budget de 250.000 francs elle assiste 15.000 Israélites environ. Elle ne s'adresse pas au nourrisson en particulier, mais aux malheureux en général ; elle comporte un service médical à domicile, ainsi qu'au siège de la Société. Elle donnera les soins médicaux, le traitement médicamenteux et alimentaire.

A l'hôpital israélite, des consultations gratuites sont organisées où les parents peuvent amener leurs enfants.

Une consultation de nourrissons au local de la Mutualité maternelle israélite, rue El-Maschnaka, fonctionne deux fois par semaine. C'est surtout une œuvre destinée à diriger l'allaitement maternel. Il n'est point distribué de lait. A la mère nécessiteuse qui ne peut pas nourrir, on donnera une nourrice. La mère apporte son enfant à la consultation, le présente au médecin et prend ses conseils. En cas de maladie, il est fourni des secours en médicaments, soins médicaux. Chaque année il passe 500 à 600 nourrissons à la consultation. Le local actuel est trop petit, on doit incessamment transférer le siège de la Mutualité et organiser la consultation de nourrissons en un service modèle.

L'hôpital israélite reçoit les enfants malades, en médecine ou en chirurgie. Jusqu'à trois ans, l'enfant est admis avec sa mère. Les frais d'hospitalisation des indigents sont assurés par la Société de Bienfaisance israélite à raison de 1 fr. 10 la journée.

Des sages-femmes volontaires sont à la disposition de la Société de Bienfaisance. Elles se rendent dans les familles qui ont demandé une sage-femme au Comité.

L'Œuvre des Nourrices est également assurée par la Société. Sur prescription médicale, quand une mère est dans l'impossibilité d'allaiter, la Société de Bienfaisance israélite pourvoit à son remplacement en payant une nourrice 3 à 6 francs par semaine, ou bien encore, il est alloué à la mère des secours en lait : lait naturel de vache, de première qualité, venant de la ferme-école israélite de Djédeïda. A défaut de lait naturel, on remet à la mère des boîtes de lait condensé ou tout autre aliment prescrit : phosphatine, farine lactée, galactina.

La Société de Bienfaisance a prévu également des séances de vaccination pour les indigents. Les enfants pauvres y sont amenés vers le quarantième jour et vaccinés avec de la pulpe glycinée fournie par l'Institut Pasteur de Tunis. Ou bien encore les Dames de Charité israélite passent à domicile et vaccinent les enfants dans leur famille.

La Mutualité maternelle israélite, rue El-Maschnaka, est une œuvre d'assistance mutuelle ; elle procure à la mère médecin, sage-femme au moment de l'accouchement, nourrit la mère, si elle est dans le besoin, lui donnant en nature : viande, œufs, lait. L'enfant, à sa

naissance, est doté par elle d'un petit trousseau, trousseau acheté ou confectionné par les Dames de l'OEuvre. A l'époque de la circoncision, elle procure le mohel. Une consultation des maladies de femmes, et une consultation de nourrissons fonctionnent sous ses auspices. Il est procuré aux mères, si besoin est, du lait condensé Nestlé ou bien même une nourrice.

La Maternité israélite est adjointe à l'Asile de nuit, rue des Epines. Là, dans une maison indigène, peut-être bien un peu à l'étroit, mais propre et suffisante, elle réserve trois lits pour les mères dénuées de ressources. Une salle de travail et une salle de pansement complètent la Maternité. Toute femme qui y accouche reçoit une layette pour son enfant et 15 francs.

Une Garderie est actuellement projetée ; son exécution est proche ; le Dr Scialom en aura la direction médicale ; elle sera installée dans le local actuellement occupé par les cuisines populaires, rue des Epines.

LA QUESTION DU LAIT.

**Les nourrices. — Lait de vache. — Lait de chèvre.
Laits conservés.**

Quand une mère ne peut pas nourrir son enfant au sein ou ne le peut qu'incomplètement, diverses solutions peuvent être adoptées. On peut avoir recours au lait d'une nourrice mercenaire, ou au lait animal frais de vache ou de chèvre, ou encore au lait conservé. De

façon accessoire on peut parler du lait d'ânesse parfois ordonné médicalement, de lait de brebis et de chamelle consommé sous la tente, mais inconnu à Tunis.

Les Nourrices.

En Tunisie, le recrutement d'une nourrice est chose bien difficile. Sur place, on ne trouve guère que des Italiennes ou des Siciliennes, encore veulent-elles bien prendre un enfant chez elles, mais consentent rarement à se placer comme nourrice à domicile. Pour trouver une nourrice il faut s'adresser à l'épicier du coin, ou bien aller dans certains bureaux qui placent indifféremment cuisinière, domestique ou nourrice, mais n'offrent aucune garantie sur les personnes qu'ils présentent.

Sur une vingtaine de nourrices recevant des enfants de la Chancellerie de la Résidence, une seule actuellement est française.

La Sicilienne qui prend un enfant en nourrice, le prend quel que soit l'âge de son propre nourrisson, qu'il ait un mois ou un an peu importe, elle donnera à son propre enfant un peu plus de bouillon, de pâte, un peu moins le sein, il y aura pour deux et elle gagnera 25 à 30 francs par mois. Naturellement, malgré toutes les promesses possibles, le nourrisson qu'elle prend aura le même régime que son frère de lait. Quand la mère ira voir son enfant en nourrice, elle trouvera sa bavette souillée de taches de vin, de sauce, de débris alimentaires. L'enfant d'une sicilienne est souvent négligé ; voudrait-on quelle soigne mieux un enfant qui n'est pas le sien.

Si l'on interroge ces nourrices, elles ont six, huit enfants, en ont perdu davantage en bas âge. Ceci en dit plus que tout commentaire sur la qualité de la nourrice.

Il est pourtant parmi les italiennes des nourrices réputées, elles viennent de Toscane. A Mussumana un docteur s'est chargé spécialement de recruter des nourrices¹. La nourrice qu'il procure arrive avec un historique de sa famille, avec un certificat médical, avec un certificat du prêtre constatant sa moralité. Ce sont d'excellentes nourrices, mais il faut les payer cher, 60, 65 francs par mois, plus, cadeau à la première dent, cadeau quand l'enfant marche, cadeau au départ et les frais de voyage. A noter, fait intéressant, que parfois le voyage en mer fait disparaître le lait et que dans la suite il peut être impossible de le faire revenir.

Lait de vache.

Le lait de vache employé pour l'allaitement artificiel est fourni par différentes races laitières. La race indigène arabe n'entre que pour un faible chiffre dans la quantité totale, encore est-elle surtout réservée à la population indigène. Ne donnant que 4 à 7 litres au maximum par jour, les laitiers lui préfèrent de beaucoup les vaches importées telles la Montbéliarde, la Schwiz, la Tarentaise, la Pantellaria. Toutes ces dernières donnent en moyenne 15 à 20 litres de lait par jour à leur arrivée en Tunisie. Mais très rapidement, parfois en 15 jours pour certaines, au bout d'un an pour

¹ Nous devons ce renseignement au Dr Molco.

toutes, la quantité de lait par jour en deux traites se rapproche de 10 litres et se tient même souvent au dessous. La quantité de lait de vache produite par jour à Tunis est la suivante :

Janvier 1911	Février	Mars	Avril	Mai	Juin
4000	4150	4500	4200	3500	2000
Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre
2000	2000	2500	3600	3950	4000

Les chiffres de production du lait de vache, ainsi qu'on le voit par le tableau ci-dessus, varient énormément, du simple au double entre l'hiver et l'été. En hiver, quand arrivent les pluies, le renouveau du fourrage, les vaches rafraichies donnent une quantité de lait supérieure. Inversement, pendant les mois de canicule, pendant la période sèche, soit de mai à novembre, où le bétail n'a à se mettre sous la dent en fait de fourrage qu'un peu de paille et d'orge, quelquefois des feuilles de cactus, la quantité de lait diminue. Une vache donnant 14 litres de lait l'hiver, n'en aura que 7 en juillet, août. Ceci est vrai surtout pour les vaches importées. En un an ou deux la production se réduit considérablement. Au bout de trois ans de Tunisie, une laitière importée n'a plus de valeur que pour la boucherie.

Si la quantité varie, la qualité varie également. Le dosage respectif des différents éléments du lait est en raison inverse de la quantité. En été, le lait devient très riche en extrait sec ; en hiver, il devient plus aqueux. Mais ceci dépend surtout de l'alimentation.

Soient le lait n° 1 et le lait n° 2 qui présentent des chiffres extrêmes.

	Densité	Beurre	Caséine Albumine	Lactose	Cendres
Lait 1	1034	2,51	4,23	4,56	0,70
Lait 2	1034,5	4,40	7,25	3,44	0,80

Ainsi c'est surtout sur beurre, albumine et caséine que portent les variations. Ce sont les deux éléments les plus importants au point de vue de la digestion du lait par le nourrisson.

Les variations extrêmes que nous citons sont exceptionnelles, même au plus fort de l'été; le laitier, pour conserver son bétail en bonne santé, lui donnera coûte que coûte parfois du fourrage frais, ceci est possible pour la banlieue de Tunis. Les analyses du lait de l'hôpital nous ont donné les chiffres suivants¹ :

	Densité	Beurre	Caséine Albumine	Lactose	Cendres
En janvier.	1028,1	4,77	3,71	3,95	0,69
En août.	1030,2	5,38	3,82	3,85	0,68

Ces dosages correspondent à une moyenne, ils indiquent un bon lait du moins en ce qui concerne le dosage quantitatif de ses éléments.

Le problème du lait à Tunis serait simple s'il suffisait de remplacer la vache indigène, qui donne peu de lait, par une laitière importée donnant trois fois plus. Mais il faut compter avec les conditions climatériques de la

¹ Ces chiffres sont dus à l'obligeance de M. Bertinchamp, Directeur du Laboratoire de Chimie de la Régence.

Tunisie. Vers mai, juin, tout fourrage frais disparaît. Le bétail doit vivre sans fourrage frais et supporter des températures de 35 à 45 degrés pendant plus de trois mois. Le bovin importé supporte très mal ces conditions de vie ; débilité, amaigri, il est une proie à toutes les épidémies souvent mortelles pour lui. Le bovin indigène les supporte sans trop pâtir : très rustique, acclimaté ancestralement, il maigrit quand il n'a rien à manger, reprend quand l'alimentation est plus copieuse. Il est très peu fragile, peu sujet aux maladies infectieuses.

La tuberculose, jusqu'à l'occupation française et même jusque vers 1890, semblait inconnue dans le troupeau indigène. Bien que recherchée dans les abattoirs, on ne la signale qu'exceptionnellement. encore s'agit-il de tuberculose locale jamais généralisée. Vers 1890, on constate qu'un grand nombre d'animaux sont importés atteints de tuberculose généralisée.

Une partie des bêtes ainsi importées furent abattues ; une partie firent souche, et il semble que, depuis lors, on ait assisté à une éclosion de tuberculose presque inconnue auparavant, sévissant de façon bénigne sur le bovin indigène, très sévèrement sur le bétail importé.

Il fallait lutter contre les importations dangereuses ; c'est ainsi que fut pris le décret suivant :

« Tout animal importé est soumis à la tuberculini-
« sation.

« Tout animal qui réagit sera dirigé sur les abat-
« toirs. »

La tuberculisation est ainsi rendue obligatoire pour toutes les bêtes à leur débarquement. Ce service est assuré au port de Tunis par le vétérinaire municipal.

Toute bête qui, dans les vingt-quatre heures qui suivent l'injection de 5 cm³ de tuberculine, aura présenté une température supérieure de 1° 4 à sa température initiale sera dirigée sur les abattoirs. La réaction à la tuberculine n'a jamais été en défaut quand elle était positive : la tuberculose est certaine. La réaction manque parfois dans des cas de tuberculose généralisée, avérée, mais dans ces cas toujours décelable cliniquement.

Il importe cependant d'éviter certaines causes d'erreur. Une bête qui a reçu 4 cm³ de tuberculine n'est point sensible pendant quinze à trente jours à une nouvelle injection de volume égal. Il faut déjouer la fraude du maquignon. Pour cela, il suffit de porter la dose à 8 centimètres cubes. Dans ces conditions, un animal malade réagira sûrement. C'est la technique adoptée au port de Tunis.

A Tunis, le pourcentage de vaches tuberculeuses ¹ serait de 2 pour 100 en 1910. En France, H. Martell donne les chiffres suivants pour les vaches tuberculeuses de la région parisienne :

En 1903, la Villette	4,10 0/0
En 1904 —	6,02 0/0
En 1906, à Vincennes	9,99 0/0

¹ Nous avons tenu à rechercher la fréquence de la tuberculose parmi les vaches laitières à Tunis. En 1910, il a été abattu à Tunis 31.889 bovins. Taureaux et bouvillons étant presque toujours indemnes de tuberculose, on peut défalquer 15.303 bêtes mâles non suspectes. Sur 16.444 génisses ou vaches, on a 301 cas de tuberculose locale, le plus souvent ganglions caséeux, mésentériques ou sous-mammaires; 44 cas de tuberculose généralisée, soit 2 pour 100 au total.

Dû à l'obligeance de M. Tullier.

Ainsi la tuberculose se rencontrerait beaucoup plus rarement dans le troupeau tunisien que dans le troupeau français.

Mais il convient de noter que la forme de tuberculose la plus fréquente, la tuberculose mammaire, est la plus dangereuse, si l'on considère les dangers d'infection par le tube digestif du nourrisson. La mammite tuberculeuse est d'autant plus dangereuse que certains quartiers sont respectés. Les recherches de Martell et de M. Guérin semblent bien le prouver. Chez une vache atteinte de tuberculose très étendue, même en l'absence de toute lésion macroscopiquement visible de la mamelle ou de ses ganglions annexes, le parenchyme mammaire peut être virulent pour le cobaye dans l'énorme proportion de 28,56 pour 100.

En tous cas, le danger n'est point douteux pour ces bêtes qui sont amenées et abattues avec des lésions mammaires considérables, ganglions caséux, mammite totale suppurée. Ces bêtes amenées dans cet état extrême ont été traitées sans nul doute jusqu'au bout ; tant qu'il a été possible. Un tel lait contenait du pus tuberculeux, des débris épithéliaux et caséux.

Mais aux difficultés physiques de la production du lait qui seraient surmontables s'ajoute une difficulté commerciale due à l'inconstance de la clientèle. Consomment du lait de vache à Tunis surtout les Européens, femmes et enfants de la classe aisée. Quand arrivent les mois de juin, juillet, c'est l'exode vers la France, vers l'Italie, vers un climat plus doux. La population française de Tunis se réduit de moitié en juillet-août, celle des laitiers se réduit des trois quarts. Dès lors, à quoi

bon avoir une laiterie assurant l'hiver la quantité de lait demandée et qui, l'été, perdrait tous les bénéfices, parce que les clients manqueraient et que le lait, en somme aliment de luxe, ne peut être vendu, ni être employé industriellement de façon profitable.

Au moment où la production du lait est réduite de plus de moitié, où les conditions de production sont les plus pénibles, on assiste à ce fait inexplicable pour qui n'a pas habité Tunis l'été : les prix de vente sont en baisse de 10 à 15 centimes par litre.

Une solution s'impose alors : c'est de réduire l'étable quand arrive l'été et de la renouveler chaque année à l'automne avec des bêtes fraîches venant de France.

Mais alors tous ces facteurs réunis : difficulté de production de par les conditions pénibles de la vie du bétail, inconstance du consommateur, renouvellement chaque année des vaches laitières, font du lait un aliment de luxe et nous expliquent le prix de revient élevé : 50 centimes est le prix pratiqué presque partout.

Le débit de lait à Tunis mérite une mention spéciale. Certes il y a à Tunis, dans la ville européenne, des débits parfaitement tenus par des laitiers qui connaissent l'hygiène du lait et l'appliquent au mieux. Mais c'est du petit débit que nous voulons parler. On y vend du lait de vache.

Tenu par un Sicilien ou un Israélite, le débit se voit surtout dans la ville arabe, mais on le rencontre aussi sur les artères les plus fréquentées de la ville. Une seule pièce le plus souvent sert de magasin de vente, de chambre à coucher, de cuisine pour le laitier et sa famille. Il est vrai que le magasin est réduit au

minimum. Le comptoir est fait d'une caisse sur laquelle se trouve un majestueux pot de verre contenant du lait, c'est l'insigne du débit, on le retrouve partout. Le comptoir est placé au seuil de l'appartement, ce qui fait que l'acheteur se tient au dehors, dans la rue, et qu'il n'y a aucun espace perdu. Le pot de lait ainsi exposé en devanture est parfois couvert d'une lame de fer-blanc, d'un journal, d'une soucoupe, voire même pas couvert du tout ; rien ne le protège des poussières ou des mouches. On voit le pot de lait en hiver, on le voit en été, sur le comptoir, par 45 degrés. La réfrigération n'existe pas. Ce n'est pas la peine : ce petit laitier a peut-être en magasin 5 ou 6 litres de lait. Ce seraient de grosses dépenses. On vise à l'économie. Aussi le ménage fournira au débit les récipients nécessaires au commerce. Un pot à eau, un broc de toilette, un bocal ou tout autre récipient usuel serviront à contenir le lait. Ménage et commerce se font de mutuels emprunts.

Le lait qui est ainsi exposé avant d'arriver au consommateur a grand' chance d'être altéré, d'être infecté bactériologiquement. L'été, à coup sûr, il ne vaut rien : il a subi toutes les altérations possibles ; il est impropre à la consommation, dangereux pour le nourrisson. Et nous ne parlons pas des maladies contagieuses qui peuvent être transmises par le lait : fièvre typhoïde, choléra et toutes maladies infectieuses en général. Bref, toutes les chances de contamination sont réalisées.

Les fraudes commises dans la vente du lait en Tunisie sont recherchées par le Service de la Répres-

sion des Fraudes, qui dépend de la Direction de la Sûreté publique.

A la tête de ce Service, se trouve un commissaire de police ; les agents sous ses ordres sont chargés de faire les prélèvements d'échantillons et de les adresser au laboratoire.

Pour ce qui est du lait, ces agents achètent leurs échantillons. Ce procédé évite toute discussion avec le vendeur et permet une plus grande discrétion. Le prélèvement est de 500 grammes.

Tout lait ne marquant pas 1.025 au lacti-densimètre est retenu et envoyé au laboratoire. Ces échantillons pouvant être envoyés de très loin, le Directeur du laboratoire de la Régence fait ajouter dans chaque prélèvement 25 centigrammes de bichromate de potasse. Ainsi le lait se conserve sans se coaguler cinq ou six jours, même pendant les fortes chaleurs.

Au laboratoire on dose le beurre, cherche la densité ; le disque d'Enkelmann permet de calculer rapidement l'extrait sec. Si l'échantillon est nettement suspect, on fait un dosage de chaque élément.

Les principales fraudes relevées sont le mouillage, soit, grossièrement, de l'eau ajoutée au lait, soit, de façon plus adroite, en provoquant une soif intense aux vaches laitières en leur faisant prendre des aliments salés. Les vaches altérées sont conduites à l'abreuvoir peu avant la traite, et ainsi le nombre de litres de lait est accru de beaucoup.

Lait de chèvre.

Le lait de chèvre consommé à Tunis est fourni sur-

tout par deux races : la chèvre maltaise et la chèvre indigène. La même différence qui séparait la vache indigène de la vache importée de France ou de Suisse distingue ces deux races caprines. La chèvre maltaise donne couramment 8 à 9 litres de lait, la chèvre arabe 2 litres environ par jour. L'une vaut de 120 à 130 fr., l'autre de 30 à 40.

L'élevage de la chèvre a pour principal objet, en Tunisie, la production du lait. Matin et soir, le troupeau circule apportant à domicile le lait de la journée. Le lait est trait sur place et livré dans les récipients des consommateurs.

La chèvre est rarement tuberculeuse. Encore observe-t-on une forme locale, presque uniquement une pleurite viscérale aboutissant à un enkystement du poumon dans une gangue scléreuse. Mais il est une maladie bien étudiée ces dernières années qui reconnaît comme étiologie la plus fréquente l'ingestion de lait de chèvre maltaise en particulier ; nous voulons parler de la fièvre méditerranéenne.

Les chèvres malades, dit Schneider, éliminent le germe spécifique par le lait, par les urines ; leur sang, leur lait l'agglutinent parfois à un taux très élevé.

Le tableau ci-dessous fixera les idées sur la valeur de cette notion¹.

Zammit et Herroks. à Malte . .	50 o/o	des chèvres sont infectées	
Sergent. en Algérie .	3,4 o/o	—	—
Nicolle et Conseil . à Tunis . .	30,72 o/o	—	—
Conor et Hum . . à Marseille .	34,25 o/o	—	—

¹ In Lemanski, *Fièvre méditerranéenne*.

En 1909, Nicolle et Conseil examinent, à Tunis, le pouvoir agglutinant de 2.060 chèvres : 633 agglutinent, dont 541 maltaises et 92 arabes. A l'instigation de ces auteurs, est pris, en 1904, un décret beylical prohibant l'importation, le transit en Tunisie, des animaux de l'espèce caprine originaire de l'île de Malte.

Ainsi se trouve enrayée l'importation des chèvres contaminées. Restent dans le troupeau indigène les chèvres maltaises importées antérieurement au décret et les chèvres de race arabe atteintes par le micrococcus de Bruce, elles existent en grand nombre ainsi que l'ont montré Conseil et Nicolle.

Comment donc se défendre contre ce danger existant ?

Quelques mesures officielles sont intervenues dans ce sens ; la déclaration de la fièvre de Malte est devenue obligatoire, mais il importe que d'autres mesures soient prises encore : une réglementation sévère de la production et de la vente du lait, une visite vétérinaire périodique pour assurer la bonne exécution de ces règlements, la recherche et la consignation à la production des chèvres malades.

En tous cas, en présence de l'épidémie régnante, l'ébullition du lait de chèvre a paru une mesure excellente, elle semble s'imposer rigoureusement dans l'alimentation des nourrissons.

A Tunis, c'est surtout la population israélite, maltaise et italienne qui fait une grande consommation de lait de chèvre et en nourrit très volontiers ses enfants.

Le prix de revient du litre est de 50 à 80 centimes.

Malgré tous les griefs que l'on puisse formuler contre lui, le lait de chèvre reste le lait frais, le moins impur, que puisse avoir en toute saison le pauvre.

La chèvre venant à domicile apporter le produit de ses mamelles, il n'y a pas toutes les manipulations infectantes que nous avons décrites en étudiant le lait de vache. Fièvre méditerranéenne mise à part, la chèvre produit pour le consommateur un lait pur aussi bien en été qu'en hiver. Ceci est très précieux pour l'alimentation des enfants même encore aujourd'hui où les laits conservés sont très répandus.

Laits conservés.

Les laits conservés sont employés couramment à Tunis dans l'élevage des nourrissons.

Le lait condensé est le plus répandu. Il a été dépouillé de son eau par la chaleur et par le vide après l'avoir préalablement additionné de sucre de canne. On livre le lait ainsi concentré dans des boîtes métalliques fermées par la soudure ; il a l'aspect d'une pâte blanchâtre de consistance mielleuse. La fabrication a fait récemment des progrès : on est parvenu en particulier à se passer de l'addition de saccharose. Le lait condensé est privé de microbes car il a subi l'action de la chaleur.

La stérilisation à l'autoclave a permis de conserver le lait en le stérilisant sans le concentrer. Mais le lait stérilisé ne se conserve pas indéfiniment, il demande à être consommé dans les deux ou trois mois qui suivent sa fabrication, encore doit-il rester à l'abri de la lumière et surtout d'une température élevée qui l'altèrent rapidement. Or, on a constaté que c'étaient les matières

grasses qui s'altéraient surtout. Pour conserver le lait il fallait surtout viser à conserver l'état d'émulsion de la matière grasse. Le but est atteint dans le lait homogénéisé. Les gouttelettes de graisse sont fragmentées à l'infini par le passage du lait sous forte pression entre une bille d'agate et la paroi d'un tube d'acier entre lequel elle est fortement maintenue.

Dans ces dernières années, les Anglais ont réalisé un lait en poudre de conservation prolongée, de transport facile, de volume réduit : ce serait l'idéal pour les colonies. Le lait sec peut être obtenu par la dessiccation du lait dans le vide à température modérée, 95 degrés, soit par chauffage rapide à l'air libre, 120-140.

Si nous examinons maintenant les quantités de lait conservé consommé à Tunis et les pays de provenance de ces laits, nous avons pour l'année 1911 :

	Lait stérilisé	Condensé non sucré	Condensé sucré
France. . . .	18.000	27.696	27.860
Angleterre . .	2.310	830	1.047
Suisse. . . .	12.130	27.043	783.930
Norvège . . .	65.430	43.971	39.392
Hollande . . .	8.200	386	8.437
Allemagne . .	740	116	2.239
Italie	2.430	398	2.645
Belgique . . .	1.271	830	14.139
Autriche . . .	1.417	2.317	6.327
	<u>111.928</u>	<u>103.587</u>	<u>1.286.016</u>

En examinant les pays de provenance, la Suisse tient de beaucoup le premier rang avec 823.103 litres ; la Suède vient ensuite avec un chiffre bien moindre, 148.793 litres ; la France ne vient qu'au troisième rang avec 73.556 litres.

Jusqu'à ce jour, l'industrie laitière de la Métropole n'a pu fournir que des laits se comportant mal dans ces pays, s'altérant au bout d'un court séjour. Bref, les laits d'origine française, pour la plupart, n'étaient pas marchands pour le commerce de la Tunisie. D'ailleurs les laits condensés français sont soumis à un droit de douane de 8 pour 100 ad valorem, comme tous les autres laits de provenance étrangère.

Si maintenant nous examinons la consommation du lait conservé, dans les années précédentes, nous trouvons :

	Chiffre total	Lait stérilisé	Condensé non sucré	Condensé sucré
En 1906 .	589.260	6.500	44.520	528.240
En 1907 .	667.027	7.100	56.080	603.847
En 1908 .	600.995	7.260	69.987	527.748
En 1909 .	816.748	8.060	66.069	742.619
En 1910 .	1.050.029	91.000	93.417	865.612
En 1911 .	1.501.531	111.928	903.587	1.286.016

Ainsi la quantité de lait conservé consommée, ou plus exactement vendue à Tunis, est supérieure à la quantité de lait frais de vache. Elle s'accroît de jour en jour. En six ans, 1906-1912, la quantité de lait conservé a presque varié dans la proportion de 1 à 3

589.000 en 1906
pour 1.501.000 en 1911

La consommation du lait stérilisé, qui au début était très réduite, atteint presque avec un chiffre égal le lait condensé sans sucre.

Le lait condensé non sucré, d'abord peu vendu, est consommé de plus en plus.

Le condensé sucré, de beaucoup, est le plus demandé,

il s'avance à 1.286.000 litres alors que le stérilisé ou condensé non sucré n'atteignent respectivement que 111.928 et 103.587 litres. Son chiffre de vente est dix fois plus élevé que l'un ou l'autre de ces laits précités. Son prix réduit en est la principale cause.

En effectuant la dilution comme le prescrit l'étiquette des boîtes, on a un liquide qui renferme par litre :

31	grammes	de graisse.
35	—	de caséine.
30	—	de lactose.

« Il n'est donc pas possible, dit Marfan¹, de faire servir le lait condensé à l'allaitement artificiel mais il servira de façon exceptionnelle pour peu de temps. Cependant, dit cet auteur, certains médecins l'ont recommandé contre les diarrhées d'été. »

Comby² a la même opinion. « Le produit est excellent comme aliment, comme conserve, mais son usage dans l'allaitement des nouveau-nés ne peut donner que des déboires. Tout au plus pourrait-il servir d'aliment de transition au moment du sevrage. »

A Tunis, en Tunisie, le lait conservé est donné très souvent au nourrisson, soit en même temps que le sein soit exclusivement à tout lait frais. Les résultats semblent très favorables.

Chez le nourrisson, au premier mois, on donne le lait condensé non sucré à raison d'une cuiller à soupe de lait pour six d'eau. S'il s'agit de lait condensé sucré, une cuiller de lait pour neuf d'eau. Dans la suite, au

¹ Marfan in *Traité de l'Allaitement*.

² Comby, *Dictionnaire d'hygiène infantile*.

troisième mois, on mettra une cuiller de lait pour six d'eau. Pour le lait homogénéisé ou stérilisé, on le donnera comme s'il s'agissait de lait frais en ajoutant à la naissance une partie d'eau pour deux de lait, puis, à partir du quatrième mois, une partie d'eau pour trois de lait.

On a reproché au lait stérilisé d'être cause du scorbut infantile. Pour l'éviter, on a coutume de donner à l'enfant nourri au lait conservé une fois par semaine une cuiller à café de jus d'orange.

Des nourrissons, des prématurés, nourris exclusivement au lait condensé, présentent des courbes de poids régulières (D^r Tribaudeau).

Certains auteurs l'ont recommandé contre les entérites avec diarrhée. Il est employé couramment en Tunisie et le scorbut infantile n'y est point plus fréquent qu'en France. Le lait sec ou poudre de lait est appelé à prendre une place importante parmi les laits conservés en Tunisie. A la Société de pédiatrie, Bloch, Aviragnet et Dorlencourt communiquaient les résultats de l'emploi de cette poudre de lait comme aliment chez un certain nombre de nourrissons normaux et chez des nourrissons dyspeptiques. Dans les dyspepsies gastriques, les vomissements ont généralement cessé surtout par l'emploi de la poudre de lait en solution très concentrée. Dans un grand nombre de cas de dyspepsie à forme intestinale, le lait sec a été parfaitement supporté, mieux le plus souvent que tout autre aliment. A Lyon, plusieurs Gouttes de Lait, la Société Protectrice de l'Enfance (D^r Gayet), l'Œuvre des Nourrissons des Terreaux et de la Croix-

Rousse (Dr Plauchu), l'emploient avantageusement ; facile à distribuer, à conserver, il fournit au moment voulu un lait bactériologiquement pur qui vaut le lait stérilisé.

Ainsi les laits conservés semblent remplacer facilement le lait frais dans un pays où il est difficile, parfois impossible, d'avoir du lait frais et de le consommer non altéré.

Les mêmes conditions d'hygiène demandées pour le lait frais doivent être observées pour le lait conservé. Toute boîte entamée doit être consommée dans la journée. Les boîtes de deux litres de condensé sucré nous paraissent défectueuses, parce qu'elles exposent à des altérations fatales ; elles sont trop grandes et une boîte durera souvent deux jours, à moins que ce ne soit pour un dispensaire ou pour un hôpital. La boîte ouverte sera conservée sous cloche. Le lait devra être préparé seulement au moment d'être consommé, par des mains propres et dans des ustensiles propres.

Bien entendu, il faudra s'être assuré auparavant que le lait n'est point altéré, s'il n'est pas caillé ; le sentir pour savoir s'il n'a point une odeur désagréable, le goûter pour savoir s'il n'est point aigre ou amer. Le lait conservé doit avoir simplement le goût du lait cuit.

Le lait conservé revient un peu plus cher que le lait frais ; le stérilisé est vendu 85, 90 centimes le litre, selon la marque ; le condensé sans sucre 50, 55, 60 centimes la boîte pour un litre.

Le condensé sucré est moins cher que le lait frais ; on le vend 50 et 60 centimes la boîte pour deux litres, soit 25 à 30 centimes le litre.

Le lait maternel reste l'aliment de choix pour l'enfant, mais, à défaut de lait humain, le lait frais, dans le nord de la Tunisie, de chèvre ou de vache, peut être trouvé de bonne qualité pour servir de base à l'allaitement artificiel. Chez le colon, par exemple, qui peut faire tuberculiner sa vache, faire quelques sacrifices pour lui donner du fourrage, le lait frais peut être produit et consommé dans d'excellentes conditions ; il est certainement préférable au lait conservé.

Les laits conservés restent un aliment de réserve qui peut être employé pratiquement presque aussi bien que le lait frais, surtout en été, quand il est difficile de se procurer du lait et qu'il y a des doutes sur sa conservation. Le lait sec paraît intéressant à généraliser ; préparé et servi extemporanément, il ne peut être altéré. C'est un point important pour ce pays.

CHAPITRE III

LA LUTTE CONTRE LA MORTALITÉ INFANTILE

Il est bien évident que les conditions de milieu et de psychologie de l'indigène et de l'européen commandent une assistance selon deux modes différents.

A. — CHEZ LES EUROPÉENS

Pour assister l'enfant, il convient de s'adresser d'abord à la mère. C'est ainsi qu'en France on a multiplié toutes les œuvres secourant la mère avant et après l'enfantement. Le repos est devenu obligatoire de par la loi.

En Tunisie, il faut réclamer le repos absolu de la mère un mois avant, un mois après l'accouchement. Pendant ce temps, il importe qu'ouvrière, ménagère ou employée, la mère soit assurée d'une indemnité de grossesse égale au moins aux deux tiers de son salaire; à toute femme nécessiteuse, il faut assurer des secours de grossesse pour lui permettre de cesser son travail.

L'indemnité de grossesse, comme les secours, ne seront continués après l'accouchement que si la mère

allaite son nourrisson, ou bien sur avis médical le demandant spécialement.

Il importe de généraliser à toutes les familles indigentes, quelles qu'elles soient, et même à cette classe de petites gens qui n'ont pas le droit d'être indigentes, parce qu'elles ne le sont qu'à moitié, l'indemnité familiale tunisienne. Il suffirait de prélever comme impôt la prime d'une assurance représentant cette indemnité familiale, la prime étant imposée à toutes les familles n'ayant pas d'enfants et à tous les célibataires, hommes et femmes.

Pour les filles mères, il devrait exister des refuges où, gratuitement, elles pourraient venir accoucher discrètement sans avoir à donner leur état civil, ni être inquiétées en quoi que ce soit.

Pour ce qui est de l'assistance du nourrisson européen, en ce pays, il est logique de penser à ce qui existe en France et de rechercher dans quelle mesure on peut copier l'œuvre française.

En France, la loi Roussel (1874) protège l'enfant âgé de moins de deux ans : « Tout enfant placé, moyennant salaire, en nourrice, en sevrage ou en garde hors du domicile de ses parents devient, par ce fait, l'objet d'une surveillance de l'autorité publique ayant pour but de protéger sa vie et sa santé. » L'art. 8 sauvegarde les droits de l'enfant de la nourrice : « Toute personne qui veut se placer sur lieu comme nourrice est tenue de se munir d'un certificat constatant, au cas où son dernier enfant est vivant, qu'il est âgé de sept mois. »

La surveillance est confiée au médecin inspecteur. Il doit visiter les enfants de sa circonscription : 1° dans

les huit jours de leur placement ; 2^o deux fois par mois durant les trois premiers mois ; 3^o une fois par mois ensuite et deux fois, autant que possible, à quinze jours d'intervalle, en juillet, août, septembre.

La loi de 1904 étend la surveillance médicale aux enfants assistés. De plus, il est accordé des secours aux femmes pauvres, pour leur permettre de garder leur enfant près d'elles : 25 francs aux filles mères allaitant au sein, 20 francs en cas d'allaitement au biberon.

La loi Roussel est souvent bien mal appliquée ; en ville elle peut l'être correctement, à la campagne on l'évite, et la visite du médecin inspecteur est souvent bien inefficace.

Il convient de retenir le principe de protection de la première enfance, quand les parents sont absents, soit quand l'enfant est placé hors de la famille, soit quand les parents font totalement défaut : enfants assistés. Le Dr Bastide, dans un *Projet de réorganisation de l'Assistance publique en Tunisie*, le Dr Bruch, dans le projet présenté à la Conférence consultative par M. Candas, ont cherché l'adaptation de la loi française à ce pays.

Cette protection de l'enfant se faisant en dehors de la famille, c'est naturellement au Gouvernement qu'il appartient de se substituer aux parents.

Des médecins inspecteurs seraient chargés de visiter les enfants. Ils seraient appointés par le Gouvernement, suffisamment pour pouvoir ne pas faire de clientèle et avoir toute indépendance à l'égard des parents, des nourriciers, pour lesquels ils pourraient avoir des

sanctions à réclamer. Leur rôle pourrait être double : visiter les enfants dans un service de consultation, où parents et nourriciers seraient tenus de les amener une fois par semaine, et inspecter à domicile, quand bon leur semblerait, les enfants visés par la loi.

Un livret sera délivré à la nourrice; à chaque visite, le médecin consignera ses observations sur le livret, avec la date de l'examen. En cas de mauvais soins, négligence ou mauvais traitement, l'enfant sera retiré à la nourrice, elle pourra être poursuivie devant les tribunaux. En cas de maladie, la nourrice est tenue d'en faire la déclaration dans les vingt-quatre heures et l'enfant est soigné suivant les circonstances et après avis du médecin examinateur, soit à domicile, soit à l'hôpital.

Les médecins inspecteurs seraient avantageusement secondés par les sages-femmes municipales.

Il est bien entendu que seul le médecin aurait à prendre des décisions concernant l'enfant.

Il importe que ce rôle du médecin dans la protection de l'enfance subsiste entier, que le médecin reste le chef médical et unique de la protection de l'enfance dans le secteur qui lui sera attribué. C'est à l'insuffisance de ce rôle médical que la loi Roussel a dû son échec.

En attendant l'avènement de cette réglementation de la protection de la première enfance, il semble qu'il y ait beaucoup à attendre de consultations de nourrissons. Mais, comme le dit le Dr Jarricot, il ne faut pas croire à la possibilité de multiplier sans réserve et sans préparation aucune les consultations de nour-

rissons, organismes merveilleux, mais d'une pratique délicate. Les conditions de succès d'une consultation de nourrissons n'ont rien de mystérieux : il suffit qu'elle soit *bien organisée* et bien dirigée. « Tant vaut le médecin, tant vaut la consultation » (Budin).

Il n'y a actuellement que la Consultation de nourrissons du Dr Bruch et celle de la Mutualité maternelle israélite (nous ne comptons pas le Dispensaire Alapetite, qui reçoit des enfants malades). Pour une ville de 200.000 habitants, c'est bien insuffisant; mais il faut compter avec l'indifférence, l'inertie des gens de ce pays. Il est bien évident que l'appât d'un gain, que ce soit une goutte de lait, que ce soit une prime en nature, une layette à l'enfant, arrivera facilement à vaincre leur apathie.

Une Goutte de lait est en ce moment à l'étude. Le Gouvernement tunisien a dans ses projets, de créer dans les champs d'épandage de la ville une prairie artificielle, qui alimentera une vacherie modèle. Les bêtes laitières y seront soignées selon les règles de l'hygiène agricole moderne; elles seront visitées, tuberculinees par un vétérinaire de la ville. Le lait sera recueilli aussi aseptiquement que possible et sera réservé à la consommation des hôpitaux et de la Goutte de lait et aux œuvres de bienfaisance. La Goutte de lait municipale serait installée boulevard Bat-Menara, sur un terrain concédé par la ville. Rien encore n'est arrêté dans le détail. Il faudrait faire peu, mais très bien; que la Goutte de lait apparaisse comme une prime du bon élevage de son enfant à la mère la plus intéressante. Une Consultation de nourrissons doit lui

être annexée. Elle sera le principal de l'œuvre, la Goutte de lait en sera l'accessoire, comme la récompense aux mères ayant absolument besoin de lait et soignant bien leur enfant.

La Goutte de lait ne fonctionnera d'abord que pour les Français : c'est chez les Français que l'allaitement artificiel est le plus souvent pratiqué, c'est à eux qu'elle sera le plus nécessaire. En milieu italien ou indigène, la Goutte de lait reste une chose encore bien lointaine. D'abord, est-il certain que le lait donné pour l'enfant ne servira pas à la cuisine des parents ? Sera-t-il possible de contrôler l'emploi de ce lait ? L'œuvre de la Goutte de lait perdrait de son intérêt à être étendue sans contrôle ; il y a lieu de la restreindre d'abord et de ne l'étendre ensuite qu'à bon escient.

Dans des œuvres de ce genre, à Lyon, par exemple, où l'assistance du nouveau-né est particulièrement florissante (Œuvres des Nourrissons des Terreaux et de la Croix-Rousse), le D^r Plauchu a posé comme principe directeur : admettre tous les modes d'allaitement rationnel sans en imposer aucun, tout en favorisant, au maximum, l'allaitement au sein. A la mère pauvre, ne pouvant allaiter avec ses seins et ne pouvant se procurer que du lait douteux, on remet du lait en poudre.

A l'Œuvre lyonnaise des Consultations Budin, le professeur Fabre, directeur technique, pose en principe : un seul médecin directeur technique. Distribution de lait et de babeurre, seulement sur avis du médecin, exclusivement aux enfants assidus aux visites hebdomadaires.

Des Consultations Budin, retenons la sélection, dès l'arrivée à la Consultation, des enfants douteux des enfants bien portants. Une Dame de l'Œuvre est proposée aux entrées, elle est chargée de séparer les enfants douteux des enfants bien portants et remet à chaque mère un jeton numéroté.

« Pourvues chacune d'un jeton, les mères vont s'asseoir sur les bancs, délangent leurs enfants et les apportent à la Dame chargée des pesées. Le berceau du pèse-bébé est en osier. Il est garni d'une alèse imperméable, reconverte d'une couche. Par-dessus la couche, on étend une grande feuille de papier fin et souple, qui déborde le berceau de tous les côtés. On met une feuille nouvelle pour chaque enfant ¹. »

Donc, du fait des pesées, aucun danger de contamination.

Le lait employé dans les Consultations Budin est de première qualité, il est pasteurisé à 60 degrés au lieu même de production et expédié à la Goutte de lait. Là, une gérante, chargée spécialement du service du laboratoire et rétribuée à raison de 5 centimes par panier de lait préparé, s'inquiète de la préparation des flacons et de leur stérilisation à l'étuve à 100 degrés.

Les bouteilles ont une forme cylindro-conique et ne présentent pas de renflement. La brosse peut suivre jusqu'au fond la paroi lisse du biberon. Le goulot offre à sa partie terminale un épaulement circulaire dont l'arête est vive et bien marquée. Le bouchon est constitué par un cylindre de porcelaine évasé en chapeau à

¹ Jarricot.

une extrémité. Une rondelle de caoutchouc, que traverse la partie inférieure du bouchon, vient s'appliquer contre ce chapeau, obliquement. Le contact de la rondelle et du goulot est assuré par une anse de métal qui traverse le bouchon et qui vient prendre son appui opposé sur la saillie du goulot. Le biberon se décompose donc en trois pièces interchangeables, faciles à nettoyer et à remplacer.

A toute mère ayant amené régulièrement son enfant pendant six séances consécutives de la Consultation, il est remis, à son choix, un objet de layette pour son nourrisson, d'une valeur de 3 francs environ (chemise, linge, brassières, chaussons, bavette).

De ces différentes œuvres, il convient de retenir : la direction médicale unique, l'encouragement à l'allaitement maternel, primant avant tout la Goutte de lait; la distribution du lait stérilisé en flacons de forme simple et très facilement lavables; le lait en poudre pouvant remplacer le lait frais et permettant d'avoir extemporanément un lait bactériologiquement pur; le rôle de l'initiative privée et des Dames patronesses, qui ont toujours témoigné pour ces œuvres le plus grand intérêt.

L'œuvre de la Crèche actuelle répond à une nécessité pressante, mais il convient de noter qu'elle n'offre que 55 places environ pour un nombre double de demandes d'admission.

Une Crèche municipale devrait être créée, et nombreux sont les enfants placés actuellement chez une Sicilienne qui lui seraient confiés. Combien de familles de Français se trouvent pris au dépourvu quand père et

mère sont obligés de travailler et qu'il y a des enfants à la maison ou bien encore quand la mère est malade et le père au travail.

Naturellement, le lait servant à l'alimentation des enfants de la Crèche proviendrait de la vacherie municipale.

A la Crèche on pourrait avantageusement annexer dans l'avenir un service de distribution du lait stérilisé aux mères indigentes les plus intéressantes et soignant le mieux leur enfant. Le lait de la vacherie municipale serait remis à la mère le soir, quand elle viendrait prendre l'enfant. Les mères qui ne viennent pas mensuellement apporter leur enfant à la Crèche sont rayées de la liste des bénéficiaires.

Dans toutes les villes de Tunisie, dans les centres un peu importants, la nécessité de Garderies, de Crèches pour les enfants bien portants se fait sentir. Combien de fois n'avons-nous pas vu de mères, venant de la campagne pour accoucher ou subir une opération à Tunis, apprendre au cours de leur hospitalisation, que leur enfant placé en garde était malade, parfois même était mort en leur absence. Aussi les mères n'ont plus confiance : plutôt que de confier leur enfant à une inconnue, elles préfèrent souffrir elles-mêmes ou ajourner une intervention parfois urgente.

Les notions de puériculture doivent être répandues à profusion dans les écoles, aux jeunes filles ; puis plus tard dans des conférences, dans des cours d'adultes faits le soir, on leur donnera des notions d'hygiène avant, après l'enfantement et des conseils pour l'élevage de l'enfant. Les Dames de la Croix-Rouge, outre leur pré-

paration au rôle d'infirmière qu'elles remplissent en temps de guerre, ont une mission à remplir en temps de paix, c'est de protéger le nouveau né, car il sera plus tard un soldat. Cette mission spéciale fait partie moralement de leur programme. La plupart de ces dames se sont déjà adonnées à ces œuvres de protection de la première enfance. Des œuvres privées doivent être fondées encore sous l'égide de ces grandes Sociétés. Société de secours aux blessés, Union des Femmes de France.

Il importe que l'assistance au nouveau-né, particulièrement minutieuse, difficile, soit commencée par l'initiative privée, par des dames charitables.

Ces dames, toutes instruites par le rôle de mère qu'elles auront rempli, mettront au service de l'œuvre leur science de l'enfant, leur expérience, leur dévouement, feront de l'œuvre créée une œuvre personnelle à laquelle toutes seront attachées comme à leur propre enfant. Dans ces conditions l'échec est impossible. M. Millet, résident général, le reconnaissait bien quand il disait à la Conférence consultative de la Société de bienfaisance française : « Il y aurait de grands inconvénients à remplacer l'initiative privée par un service régulier d'assistance publique copié sur celui de France. Ce service serait un rouage mécanique fonctionnant sans que personne s'y intéresse et par conséquent très coûteux, tandis que les membres de la Société actuelle mettent dans leur œuvre leur cœur et leur intelligence et font beaucoup avec peu. »

Pour assister le nouveau-né, il faut avoir recours à l'initiative privée, à des mères charitables et elles sont

légion à Tunis ; elles ont déjà fait beaucoup pour l'enfant, elles ne demandent qu'à se dévouer encore. Que le Gouvernement les aide, leur donne un local, un matériel, nomme un médecin, fournisse le lait ainsi qu'il l'a décidé et demain la Consultation de nourrissons, à laquelle sera jointe la Goutte de lait, pourra ouvrir ses portes.

L'assistance au nourrisson malade est prévue. Dans le service d'enfants dont la création est décidée à l'hôpital français, une part importante du service de médecine générale et de chirurgie lui sera réservée.

Dans ce service, médecine et chirurgie seront distincts. Du côté médecine, M. le D^r Porot a prévu une salle de berceaux pour douze enfants installés tout autour de la salle :

6 berceaux simples ;

4 berceaux installés dans des boxes de verre, pour affections pouvant être contagieuses (pyodermite, conjonctivite, broncho-pneumonie) ;

2 berceaux, un par chambre de nourrice : il y aurait deux nourrices sédentaires attachées au service.

Un pouponnat adjacent comprend une salle pour le langage des enfants et autour de cette pièce une salle de jour pour les enfants levés, un diverticule servant de lingerie, une cuisine pour les biberons, un diverticule pour lavabo et bains et un petit bureau.

Du côté chirurgie, M. Tribaudeau a prévu : 3 berceaux au service septique, 3 berceaux au service aseptique.

Une réglementation de la production et de la vente du lait frais s'impose.

C'est en Amérique, aux Etat-Unis et au Canada, que nous avons trouvé la législation la plus complète, concernant le lait ; nous y avons puisé les données suivantes.

Une licence est nécessaire pour ouvrir une vacherie destinée à la vente du lait au public. Cette licence est révocable si l'établissement est mal tenu. Le plancher de la vacherie doit être fait de matériaux adoptés par le « Provincial Board », l'étable doit être aérée et éclairée.

La vacherie est inspectée périodiquement par un vétérinaire. Pour la province de Québec, la tuberculisation est obligatoire. Après l'épreuve, il est délivré au propriétaire un certificat constatant que son troupeau n'est point tuberculeux.

La loi concernant les épizooties donne le pouvoir de faire abattre les animaux atteints de tuberculose en accordant une compensation.

Pis et trayons doivent être lavés avant la traite.

La laiterie ne doit pas être à moins de 10 pieds de l'étable, le plancher doit être lavé au moins une fois par jour. Il doit y avoir toujours de l'eau pure contenue dans des réceptacles salubres. L'eau chaude ou la vapeur sont exigées pour l'entretien de propreté des bidons, qui doivent être lavés avant de recevoir à nouveau du lait, puis tenus à l'abri de la poussière.

Tout laitier doit démontrer qu'il est en état de refroidir le lait, le lait doit être sorti de l'étable et aussitôt refroidi.

¹ *Annales de Médecine et Chirurgie infantiles*, 1910.

Tout laitier doit déclarer l'existence d'une maladie contagieuse dans sa famille ou dans son personnel et suspendre les livraisons jusqu'à ce que l'autorité sanitaire en ait décidé autrement.

Nous n'irons pas comme certains auteurs jusqu'à réclamer la monopolisation du lait, mais il est certain qu'au moins en ce qui concerne *le lait pour nourrisson* une distinction peut être établie par un embouteillage spécial par exemple et une réglementation absolument rigoureuse appliquée. Le lait pour nourrisson doit être parfait. « On peut concevoir sans peine, dit R. Henri (*Législation belge sur le lait*), qu'une grande ville établisse une installation modèle d'après les derniers perfectionnements d'hygiène publique, sorte d'usine régulatrice des conditions de propreté que le consommateur est en droit d'exiger. »

C'est ce que devrait faire la ville de Tunis dans sa vacherie modèle.

B. — CHEZ LES INDIGÈNES

Au point de vue indigène, la question de l'assistance au nouveau-né apparaît chose bien complexe, bien difficile.

La maison arabe est absolument fermée pour l'Européen, la femme garde son enfant près d'elle et ne sort pas. Encore ne suffit-il pas de pénétrer, il s'agit de faire œuvre utile auprès de la mère arabe pour son nourrisson. La mère est tenue dans une ignorance absolue. Elle fait comme il est coutume de faire, comme elle a vu faire. L'Arabe, a-t-on dit, a les yeux fixés sur le passé,

le dos tourné à l'avenir. Ceci est surtout vrai pour la femme. Cependant une mère est toujours prête à suivre un bon conseil quand il s'agit de la santé de son enfant ; le tout est de la convaincre.

Instruisons donc ces mères, convainquons-les, adressons-nous aux jeunes filles indigènes en particulier qui commencent à fréquenter les écoles ; dans quelques années, elles y viendront nombreuses, très nombreuses. Que l'art d'élever les enfants fasse partie du programme scolaire. Que l'on dise aux mères les soins à donner aux nourrissons mais surtout les fautes à éviter. Telle était l'idée de M. Roy, secrétaire général du Gouvernement tunisien, aujourd'hui si bien réalisée par M^{me} Eigenscheuck, directrice de l'école des jeunes filles musulmanes.

La puériculture à l'école doit être généralisée à toutes les écoles de jeunes filles de Tunisie.

Déjà des cours de puériculture sont faits aux élèves maîtresses, nul doute qu'ils ne portent leurs fruits à bref délai. Lors de la récente épidémie de choléra, par une circulaire adressée à toutes les écoles, le directeur de l'enseignement chargeait l'instituteur d'apprendre à ses élèves les mesures capables d'éviter la maladie. Il était recommandé de ne jamais manger sans se laver les mains. De très jeunes élèves ont suivi ces conseils ; bien plus, ils ont dit à leurs parents : « Le maître a dit que tu te laves les mains pour ne pas mourir du choléra. » Le père a obéi. Le choléra a ainsi grandement servi la cause de l'hygiène. Pendant l'épidémie, les imans dans les mosquées donnaient des conseils prophylactiques contre le choléra : pourquoi ne prêche-

raient-ils pas de la puériculture à la mosquée ? Le Coran ne parle pas du choléra, l'enfant fait l'objet de prescriptions religieuses à plusieurs reprises.

Les consultations d'enfants dans les Dispensaires sont une excellente école des mères : elles apprennent à avoir confiance au toubib roumi et, dans la suite, elles suivront ses conseils servilement si le toubib a eu la bonne fortune de guérir leur enfant. Malheureusement les mères musulmanes, jusqu'à présent, viennent peu aux consultations. Il est vrai que ces Dispensaires sont récents, qu'il n'y en a guère que dans les grandes villes, et que dans la suite, quand l'Arabe saura que sa femme sera bien soignée et gratuitement, il l'enverra au Dispensaire.

La valeur éducative de la consultation en général, mais surtout de la Consultation de Nourrissons, si l'on pouvait arriver à la créer, est certaine ; toute la difficulté réside dans le fait de les sortir de leur milieu, de les attirer à la consultation.

Offrons-leur l'appât d'une prime en layettes pour les nourrissons bien tenus, de concours de bébés avec prix en nature et en espèces.

Le Dr Bouhageb, distingué praticien musulman, avait essayé de faire des causeries pour les femmes arabes de Tunis. La femme musulmane est intelligente, tout ce qui touche son enfant l'intéresse vivement. Il semblait qu'il était très simple de réunir quelques femmes de milieu un peu évolué pour amorcer des causeries de puériculture. Ce fut un échec complet.

Ainsi il apparaît très difficile de sortir la femme arabe de chez elle, de son intérieur claustral ; il faudra

encore bien des années pour que les mœurs évoluent. Mais est-il plus facile de pénétrer dans une maison arabe ?

La création des sages-femmes municipales à Tunis n'a pas encore donné tous les résultats que l'on en attendait : elles ont été fort peu appelées. Il est vrai qu'elles sont de création récente, leurs bienfaits encore peu connus. Peu à peu elles pénétreront : il faut créer chez le Musulman le besoin de la sage-femme alors qu'il a coutume d'appeler la matrone ou une vieille femme quelconque. Le temps est nécessaire mais l'utilité des sages-femme municipale est incontestable.

Il faut multiplier les sages-femmes européennes à la campagne, leur donner des primes pour qu'elles s'installent quand même dans les centres où la clientèle est insuffisante pour les attirer. Faisons des sages-femmes de colonisation pour les centres indigènes. Que les sages-femmes, parlant l'arabe, reçoivent des primes comme il en est alloué aux fonctionnaires.

On peut compter également sur les Femmes de France, allant à domicile pratiquer des vaccinations. Ces dames qui, la plupart, sont des mères ou ont assisté à des consultations d'enfants, peuvent donner de très sages conseils aux femmes indigènes.

Pourquoi n'instruirait-on pas les sages-femmes indigènes dans les hôpitaux faute de maternité. A défaut d'enseignement pratique, on leur ferait des cours théoriques d'hygiène, d'accouchement, de puériculture ; on leur apprendrait à éviter toutes les pratiques néfastes qui ont cours. Si l'on ne pouvait les éloigner trop de leur centre, l'infirmerie-hôpital serait le centre

de l'enseignement pratique où la future sage-femme serait tenue d'avoir fait un stage.

On objectera qu'elles ne viendront pas : que ce soit la condition de leur autorisation à exercer et qu'en fin de stage, on leur remette un diplôme et une prime légère.

Faut-il espérer dans l'avenir une maternité indigène avec une école de sages-femmes indigènes. Là, est l'incertain. M. le professeur Soulié, d'Alger (thèse Gomma), rapporte les essais tentés en Algérie, à Saint-Cyprien-des-Attafs, pour créer une maternité puis une école de sages-femmes indigènes. Pour ce qui est de la maternité, pas une femme ne demanda son admission à Saint-Cyprien pour y accoucher. Quant aux élèves sages-femmes indigènes, il y eut pénurie complète jusqu'au jour où l'on offrit aux élèves la prime d'1 franc par jour de présence au cours.

L'indemnité supprimée, les élèves se dispersèrent aussitôt. Seule, une sage-femme française parvint à garder avec elle une dizaine d'élèves indigènes qu'elle emmenait tour à tour chez les parturientes : la clinique obstétricale fonctionnait au domicile des malades.

La création de maternités à l'usage des femmes arabes est encore bien lointaine, même hypothétique ; y arrivera-t-on jamais ?

La mère israélite s'accoutumera fort bien d'une transformation qui aura des avantages pour elle ou pour son enfant. L'Arabe n'acceptera qu'à la longue, comme passivement, toutes les améliorations qu'on lui proposera.

Il est en tous cas une assistance visant la mère, qui

atteindra l'enfant. Ce dernier vivant très longtemps au sein de sa mère, ce sont les secours en nature de toutes espèces distribués à la mère misérable : secours en vivres, pain, viande, riz. Donner du pain à la mère, ce sera donner du lait à l'enfant (Brunswic, le Bihan) car la misère est fréquente chez les Arabes et chez les Juifs, et la mère qui allaite n'a parfois rien à manger. Les secours en nature existent, il faut les multiplier encore.

CONCLUSIONS

Les conditions du nourrisson en Tunisie sont différentes dans les milieux indigènes et dans les milieux européens.

I. — 1° Chez les indigènes, Arabes et Israélites, l'allaitement par la mère est la règle ; à son défaut, le nourrisson est adopté et allaité par une femme de la famille. Malheureusement, les mères font absorber à leurs enfants n'importe quels aliments, viande, couss-couss, piments, crudités, d'où résulte une mortalité élevée par gastro-entérite ; la situation est aggravée par l'ignorance de l'hygiène et même de la propreté.

2° Chez les Européens, trop souvent la mère, occupée au dehors, ne peut nourrir son enfant au sein. L'allaitement artificiel est trop fréquent, mal surveillé. La mère donne le biberon et souvent fait partager à son enfant la table des parents. Ces défauts sont surtout répandus dans le milieu italien.

II. — Depuis l'occupation française, des œuvres d'assistance se sont proposées la protection du nourrisson :

Œuvres officielles.— Hôpitaux, sages-femmes municipales, secours pécuniaires aux familles, œuvres des nourrices, etc.

Œuvres privées. — Sociétés de bienfaisance française, musulmane, israélite, italienne, Œuvres de la Croix-Rouge, Crèche, Consultations de nourrissons et enfin, Dispensaire Alapetite, créé spécialement pour les enfants malades.

Il reste à faire :

III. — *Pour les Européens.* — Multiplier les œuvres d'assistance : secours aux parents isolés, crèches, institution des mesures de protection officielle de la première enfance et des enfants abandonnés.

Faire l'éducation des masses au point de vue hygiénique dans les écoles, dans les hôpitaux et enfin, dans des Consultations de nourrissons créées, comme elles l'ont été en France, sous l'impulsion de Budin.

Enfin, s'efforcer d'étendre au *milieu indigène* ces mesures de sauvegarde du nourrisson. Le gros défaut, c'est l'ignorance des mères, il faut gagner leur confiance, les persuader de la nécessité d'une hygiène sévère. On permettra ainsi à leurs qualités de bonnes mères de s'exercer sans compromettre la santé de leurs enfants par de grossières fautes, qui déciment la race.

Vu :

POUR LE DOYEN, L'ASSESEUR,
J. COURMONT.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
J. COURMONT.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 5 mars 1912.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ALTAIRAC, la Goutte de Lait d'Alger, 1^{er} mars 1907 (*la Clinique infantile*).
- ARNOULD, *Hygiène*.
- BASTIDE, *Projet de réorganisation de l'assistance publique en Tunisie*, 1905.
- BEGHIR-SFAR, *Assistance publique musulmane*, 1896.
- BOUQUET (Henri), le Fonctionnement d'une crèche (*Annales de Médecine et de Chirurgie infantiles*, 15 mai 1911).
- BRUCH, Rapport sur la nécessité d'instituer la surveillance des nourrissons (*Puériculture*, 1904).
- COMBY, *Dictionnaire d'Hygiène de l'Enfance*, 1901.
- CONSEIL, *Rapport du chef du Bureau d'hygiène de la ville de Tunis*, 1909 et 1910.
- COURMONT (J.), Questions d'hygiène (*Monde médical*, 1910).
- GOMMA, *l'Assistance médicale en Tunisie* (thèse de Bordeaux, 1909).
- Hospices civils de Lyon*, notices, 1910.
- Hygiène pratique*, Passim 1904, 1905, 1906.
- JACOBI, l'Alimentation artificielle du nouveau-né (*Ann. de Médecine et Chirurgie infantiles*, 1900).
- JARRICOT, *Rôle social et pratique du fonctionnement des consultations de nourrissons et des Gouttes de lait*, 1909.
- Consultations de nourrissons et Ecoles normales d'institutrices (*l'Avenir médical*, 1910).
- LEMANSKI, *l'Assistance publique en Tunisie*, 1897.
- *Psychologie de la femme musulmane*.
- MARFAN, *Traité de l'allaitement*.
- MATIGNON, *l'Art médical en Tunisie* (thèse de Bordeaux, 1901).
- NICOLLE et CONSEIL, *Recherches sur la fièvre méditerranéenne*, 1910.
- PÉHU, *l'Alimentation des enfants malades*, 1908.
- La vacherie municipale de Lyon et les distributions de lait stérilisé dans la ville de Lyon (*Annales d'Hygiène et de Médecine légale*, septembre 1907).

PORCHER, *l'Hygiène du lait*, 1911.

ROUSSEAU-SAINT-PHILIPPE, Goutte de lait et consultation de nourris-
sons (*Bulletin médical*, 3 février 1906).

SIDI KHALIL, Extrait in *Archives de thérapeutique et d'assistance colo-
niale*, 13 février 1911.

THEVENEX, *la Lutte contre la mortalité infantile à Lyon* (thèse de
Lyon, 1911).

WILAKER, Alimentation en lait des grands centres aux Etats-Unis
(*Rapport au II^e Congrès international du Lait*, Paris, 1905).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	9
CHAPITRE PREMIER. — La famille et le nourrisson	13
A. — Chez les français	14
B. — Chez les musulmans	19
C. — Chez les israélites	29
D. — Chez les italiens	36
Natalité. — Mortalité. — Morbidité	40
CHAPITRE II. — Protection de l'enfance	51
La question du lait	77
CHAPITRE III. — La lutte contre la mortalité infantile . .	97
A. — Chez les européens	97
B. — Chez les indigènes	109
CONCLUSIONS	115
BIBLIOGRAPHIE	117

